

**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 :**

**SRI MULYANI**

**NIM : AKX.17.082**



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG  
2020**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Sri Mulyani  
NPM : Alex.17.082  
Fakultas : Keperawatan  
Prodi : D3 Keperawatan konsentrasi Anestesi

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

Asuhan Keperawatan pada klien post seksio sesarea  
Dengan Syen Akut Di Ruang Kalimaya Bawah  
RSUD Dr. Slamet Garut

**Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.**

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian 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, .....20.....

Yang membuat pernyataan,

  
.....  


Pembimbing I

  
.....  
Ade Trika.H

Pembimbing II

  
.....  
Yah.N

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SRI MULYANI

NIM : AKX.17.082

Prodi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung, 21 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



AKX.17.082

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA  
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH**

**RSUD DR. SLAMET GARUT**

**OLEH**

**SRI MULYANI**

**AKX.17.082**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal

10 Juli 2020

**Menyetujui,**

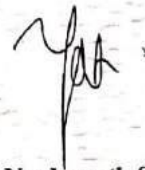
**Pembimbing Utama**

**Pembimbing pendamping**



**Ade Tika Herawati, M.Kep**

**NIK : 02007020134**



**Yati Nurhayati, S.Kep**

**NIK : 9070495**

**Mengetahui**

**Prodi DIII Keperawatan**

**Ketua,**



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

**NIK : 02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH  
SRI MULYANI  
AKX.17.082

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 10 Juli 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep  
(Pembimbing Utama)

(.....)

Anggota :

1. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Penguji I)
2. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners  
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati, S.Kep  
(Pembimbing Pendamping)

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Fakultas Keperawatan

Ketua

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

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Berdasarkan data yang diperoleh dari WHO kejadian *Sectio Caesarea* meningkat di negara-negara berkembang, di Indonesia tingkat persalinan *Sectio Caesarea* menurut RISKESDAS yaitu 17,6%, di Jawa Barat 15,5%, dan di RSUD dr. Slamet Garut tepatnya di Ruang Kalimaya Bawah terdapat 983 kasus ibu melahirkan dengan cara SC. *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Hal ini mengakibatkan nyeri pada persalinan SC lebih besar dibanding persalinan normal dan membutuhkan waktu pemulihan yang lama serta akan berdampak pada kondisi ibu dan bayi. **Metode :** Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah studi kasus yang dilakukan pada dua klien *post Sectio Caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Pada kasus ini penulis menemukan masalah keperawatan nyeri akut sebagai keluhan utama pasien dengan intervensi yang dilakukan mengkaji nyeri, mengobservasi tanda-tanda vital dan reaksi nonverbal, mengontrol lingkungan, Anjurkan tehnik relaksasi genggam jari, Evaluasi tehnik nonfarmakologi, kolaborasi dalam pemberian analgetik. **Diskusi :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan, kedua klien mengalami nyeri berkurang dari skala nyeri 5(0-10) menjadi 2 (0-10) dalam waktu tiga hari. Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Oleh karena itu, diharapkan pihak Rumah sakit mampu meningkatkan asuhan keperawatan terutama dalam penanganan nyeri akut sesuai kondisi pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Sectio Caesarea (SC)

Daftar Pustaka: 11 Buku (2010-2019), 3 Jurnal (2016-2018), 5 Website (2012-2019)

## ABSTRACT

**Background:** Based on data obtained from the WHO events *Sectio Caesarea* escalated in developing countries, in Indonesia, according to RISKESDAS, the delivery of *Sectio Caesarea* is 17.6%, in West Java 15.5%, and in the HOSPITAL Dr. Slamet Garut precisely in the area Kalimaya bawah there are 983 cases of mother birth by way of SC. *Sectio Caesarea* is a way of giving birth to the fetus by making incisions on the uterine wall through the front wall of the abdomen This leads to the pain in SC childbirth greater than normal childbirth and requires a long recovery time and will have an impact on mother and infant conditions. **Method:** The research method used in this research is a case study conducted on two *Sectio Caesarea* post clients with acute pain treatment problems. **Results:** In this case the authors found the problem of acute pain treatment as the main complaint of the patient with the intervention studied pain, observing the vital signs and non-verbal reactions, controlling the environment, encourage finger-relaxation techniques, evaluation of nonpharmacological techniques, collaboration in the introduction of analgesic. **Discussion:** After the nursing care with the intervention that the author focuses on finger handheld relaxation technique, the two clients experience reduced pain from pain Scale 5 (0-10) to 2 (0-10) within three days. Clients with acute pain treatment problems do not necessarily have the same response. This is affected by the condition or health status of the previous client. Therefore, the hospital is expected to improve nursing care especially in the treatment of acute pain according to the condition of the patient.

Keyword: Nursing care, Acute pain, *Sectio Caesarea* (SC)

Bibliography: 11 Books (2010-2019), 3 journals (2016-2018), 5 websites (2012-2019)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-NYA penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT .” dengan sebaik-baiknya.

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

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH. M.Pd., MH.Kes, selaku ketua Yayasan dari Adhi Guna Kencana bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M. HKes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

5. Ade Tika H,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing, memotivasi dan meluangkan waktunya selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Yati Nurhayati, S.Kep, selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi serta meluangkan waktunya selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dr. H. Husodo Dewa Adi Sp.OT Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikakn kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini
8. Deti, S.Kep.,Ners, selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek Keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut
9. Ny. G dan Ny. I selaku responden yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan Keperawatan
10. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana Bandung
11. Kedua orang tua penulis Bapak Bobon dan Ibu Yani, yang telah memberikan semangat, motivasi yang berharga dan Doa yang tiada henti-hentinya, serta Nasar dan Yuni selaku adik tercinta dari penulis. Terimakasih Ibu, Bapak, dan adik-adik sudah menjadi penyemangat bagi penulis
12. Keluarga besar yang selalu memberikan semangat, Doa, dan motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini



13. Sahabat tercinta Rani Rahayu yang telah memberikan semangat, motivasi, dan doa untuk penulis
14. Sahabat-sahabat terdekat penulis Dian Islamiyati, Liza Hartiningsih, Rabiul Tsani Muslimah, Arasy Narawastu, Ismi Mufadilatunisa, Disna Yunirianita dan Hendi, Septy Dian Hospita, Deviana yang telah mampu mendengarkan keluh kesah penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini dan memberikan semangat yang tidak ada henti-hentinya.
15. Seluruh teman seperjuangan Anestesi 13 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
16. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang bersifat membangun guna penulisan Karya Tulis yang lebih baik lagi.

Bandung, 13 April 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Abstrak .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Bagan .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Rumusan Masalah.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. Tujuan Penelitian .....</b>	<b>4</b>
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4. Manfaat Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.4.1. Teoritis .....	5
1.4.2. Praktisi .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Konsep Penyakit.....</b>	<b>7</b>
2.1.1. Definisi Sectio Caesarea .....	7
2.1.2. Anatomi Abdomen .....	7
2.1.3. Etiologi Sectio Caesarea .....	10
2.1.4. Patofisiologi .....	11
2.1.5. Pathway .....	12
2.1.6. Klasifikasi Sectio Caesarea .....	13

2.1.7. Indikasi Sectio Caesarea .....	13
2.1.8. Komplikasi Sectio Caesarea.....	15
2.1.9. Pemeriksaan Diagnostik Sectio Caesarea .....	15
2.1.10. Penatalaksanaan Medis .....	16
<b>2.2. Konsep Dasar Masa Nifas .....</b>	<b>16</b>
2.2.1. Definisi Nifas .....	16
2.2.2. Tahapan Masa Nifas.....	16
2.2.3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas .....	17
2.2.4. Adaptasi Psikologi Ibu Masa Nifas.....	24
<b>2.3. Konsep Nyeri .....</b>	<b>25</b>
2.3.1. Defini Nyeri .....	25
2.3.2. Klasifikasi Nyeri .....	25
2.3.3. Patofisiologi Nyeri .....	27
2.3.4. Pengkajian Nyeri.....	28
2.3.5. Penatalaksanaan Nyeri .....	30
<b>2.4. Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari .....</b>	<b>31</b>
<b>2.5. Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>32</b>
2.5.1. Pengkajian Keperawatan.....	32
2.5.2. Diagnosis Keperawatan.....	41
2.5.3. Intervensi Keperawatan.....	43
2.5.4. Implementasi Keperawatan.....	58
2.5.5. Evaluasi Keperawatan .....	58
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
3.1. Desain Penelitian.....	59
3.2. Batasan Istilah .....	59
3.3. Responden/ Subjek Penelitian.....	60
3.4. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	60
3.5. Pengumpulan Data .....	60
3.6. Uji Keabsahan Data.....	62

3.7. Analisis Data .....	62
3.8. Etik Penelitian .....	63
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1. Hasil.....</b>	<b>67</b>
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	67
4.1.2. Pengkajian .....	67
4.1.3. Analisa Data .....	81
4.1.4. Diagnosa Keperawatan.....	84
4.1.5. Perencanaan.....	88
4.1.6. Implementasi .....	92
4.1.7. Evaluasi .....	98
<b>4.2. Pembahasan .....</b>	<b>99</b>
4.2.1. Pengkajian .....	99
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	101
4.2.3. Perencanaan.....	105
4.2.4. Implementasi .....	108
4.2.5. Evaluasi Keperawatan .....	114
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>116</b>
<b>5.1. Kesimpulan .....</b>	<b>116</b>
<b>5.2. Saran .....</b>	<b>118</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Regio Abdomen.....	9
Gambar 2.2. Kuadran Abdomen .....	10
Gambar 2.3. Skala Deskriptif Verbal .....	29
Gambar 2.4. Numerical Rating Scale.....	29
Gambar 2.5. Skala Analog Visual.....	30

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perubahan-perubahan Uterus Selama Masa Nifas .....	18
Tabel 2.2. Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas .....	43
Tabel 2.3. Intervensi Nyeri Akut .....	44
Tabel 2.4. Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan .....	46
Tabel 2.5. Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	47
Tabel 2.6. Intervensi Gangguan Eliminasi Urine .....	49
Tabel 2.7. Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	50
Tabel 2.8. Intervensi Resiko Infeksi .....	51
Tabel 2.9. Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	52
Tabel 2.10. Intervensi Konstipasi .....	53
Tabel 2.11. Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik) .....	55
Tabel 2.12. Intervensi Resiko Perdarahan .....	55
Tabel 2.13. Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	57
Tabel 4.1. Identitas Keperawatan.....	67
Tabel 4.2. Riwayat Kesehatan.....	68
Tabel 4.3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri.....	69
Tabel 4.4. Pola Aktivitas Sehari-hari .....	72
Tabel 4.5. Pemeriksaan Fisik .....	73
Tabel 4.6. Data Psikologis .....	78
Tabel 4.7. Data social.....	79
Tabel 4.8. Kebutuhan Bounding Attachment.....	79
Tabel 4.9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual .....	79
Tabel 4.10. Data Spiritual .....	80
Tabel 4.11. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri .....	80
Tabel 4.12. Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	80
Tabel 4.13. Program dan Rencana Pengobatan.....	81

Tabel 4.14. Analisa Data .....	81
Tabel 4.15. Diagnosa Keperawatan .....	84
Tabel 4.16. Perencanaan .....	88
Tabel 4.17. Implementasi .....	92
Tabel 4.18. Evaluasi .....	98

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. <i>Pathway Sectio Caesarea</i> .....	12
---	----



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Justifikasi
Lampiran V	Jurnal Penelitian 1
Lampiran VI	Jurnal Penelitian 2
Lampiran VII	Format Review Artikel
Lampiran VIII	Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Life
AGD	: Analisa Gas Darah
APGAR	: Apperance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CC	: <i>Cubic Centimeter</i>
CM	: Centimeter
CV	: Conjugate vera
CVP	: Central Vena Pressure
DM	: Diabetes Melitus
EKG	: Elektrokardiografi
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HT	: Hematokrit
IASP	: <i>International Association for the Study of Pain</i>
ICS	: <i>Intercostal Space</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat

ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IV	: Intravena
KB	: Keluarga Berencana
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
LK	: Lingkar Kepala
LLQ	: <i>Left Lower Quadrant,</i>
LUQ	: <i>Left Upper Quadrant</i>
MmHg	: <i>Milimeter Mercury Hydrargyrum</i>
NANDA	: North American Nurse Diagnosis Association
NRS	: Numerical Rating Scale
PB	: Panjang Badan
PQRST	: <i>Paliatif, Quality, Region, Skala, Timing</i>
RDA	: <i>Recommended daily allowance</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RLQ	: <i>Right Lower Quadrant</i>
RUQ	: <i>Right Upper Quadrant</i>
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: Tekanan Darah
TENS	: <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>

TFU	: Tinggi Fundus Uterus
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
TTV	: Tanda-Tanda Vital
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VDS	: <i>Verbal Deskriptif Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; *Sectio Caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu Histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru Sofian, 2012). Adapun indikasi dilakukannya SC adalah Plasenta previa sentralis dan lateralis, Panggul sempit, Disproporsi Sefalopelvik, Ruptura Uteri mengancam, Partus lama, Partus takmaju, Distosia serviks, Pre-eklamsi dan Hipertensi, Malpresentasi janin (Amru Sofian, 2012).

Angka persalinan dengan metode *Sectio Caesarae* menurut *World Health Organization* (WHO, 2015), angka kejadiannya meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indicator persalinan SC 5-15 % untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Maryani & Fitri, 2016).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, tingkat persalinan dengan metode SC di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15 %. Tingkat persalinan SC di Indonesia mencapai 17,6%, dan yang melakukan persalinan normal sekitar 81,6%. Sedangkan angka persalinan secara SC di Jawa Barat adalah 15,5%.

Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Slamet Garut tahun periode Januari sampai dengan Desember 2019 angka kelahiran di ruang Kalimaya Bawah sebanyak 2.466 kasus. Dengan jumlah 983 ibu melahirkan dengan metode SC, Sedangkan ibu yang melahirkan dengan persalinan normal yaitu sebanyak 1533 kasus.

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada pasien pasien post *Sectio Caesarae* menurut Nurarif & Kusuma (2015), yaitu : ketidakefektifan bersihan jalan nafas, nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri, Konstipasi, Resiko syok dan defisiensi pengetahuan. Umumnya pada pasien *post op sectio caesarea* mengalami gejala nyeri karena insisi pembedahan yang dilakukan. Nyeri menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, adalah pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan. Persalinan *sectio caesarea* memiliki nyeri lebih besar sekitar 27,3% dibandingkan persalinan normal yaitu sekitar 9% (Utami, 2016).

Pasien post SC biasanya akan mengeluh nyeri pada daerah insisi yang diakibatkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus. Biasanya pada pasien Post *sectio caesarea* akan menimbulkan nyeri hebat dan proses pemulihannya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal (Sari, 2014). Menurut Solehati & Rustina (2013), sekitar 75% dari 5 pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Nyeri yang dirasakan ibu post operasi *sectio caesarea* ini dapat bertahan antara 24 sampai

48 jam, dan dapat bertahan lebih lama tergantung pada kemampuan dan adaptasi klien terhadap nyeri serta persepsi klien terhadap nyeri itu sendiri. Nyeri akan memberikan dampak pada ibu post sectio caesarea diantaranya nyeri akan mengakibatkan mobilisasi ibu menjadi terbatas, *Activity of Daily Living (ADL)* terganggu, *bonding attachment* (ikatan kasih sayang) dan inisiasi menyusui dini (IMD) tidak terpenuhi yang disebabkan karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Hal ini mengakibatkan respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga ASI sebagai makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi dan ibunya tidak dapat secara optimal (Afifah, 2009).

Peran perawat sangatlah penting sebagai pemberi pelayanan Asuhan keperawatan bio – psiko – social – spiritual yang komprehensif melalui asuhan keperawatan baik secara farmakologis maupun non farmakologis terutama dalam penanganan pasien post SC dengan masalah nyeri akut. Prosedur farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesic, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri. Sedangkan tindakan non farmakologis yang dapat dilakukan yaitu : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu, pencahayaan dan kebisingan, anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi untuk pengelolaan nyeri, evaluasi klien melakukan tehnik nonfarmakologi. Tehnik nonfarmakologi yang dilakukan seperti relaksasi teknik pernafasan, pergerakan, atau perubahan posisi, massase,

akupressur, terapi panas atau dingin, hypnobirthing, music, dan *TENS* (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*). Salah satu pengobatan non farmakologis, yang dapat dilakukan melalui asuhan keperawatan adalah teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Karena di sepanjang jari – jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu hormon endorphen, hormon ini merupakan analgesic alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Puwahang,2011; Prasetyo,2010).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri akut, dengan melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada klien post Sectio Caesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut?”

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan umum**



Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada ibu post Sectio Caesarea yang mengalami nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut secara langsung dan komprehensif baik bio – psiko – social dan spiritual.

### **1.3.2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan yang mengalami post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

## **1.4. Manfaat**

### **1.4.1. Manfaat teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang terapi relaksasi genggam jari terhadap nyeri pada klien yang mengalami post op sectio caesarea untuk mahasiswa, perawat, institusi, dan Rumah sakit. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini juga berfungsi untuk mengetahui kesesuaian yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan.

## **1.4.2. Manfaat praktis**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

### **1.4.2.1. Bagi Rumah Sakit**

Manfaat praktis Karya Tulis Ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan post op sectio caesarea yang mengalami nyeri akut serta untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam penanganan nyeri pada klien post op sectio caesarea.

### **1.4.2.2. Bagi perawat**

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien sectio caesarea yang mengalami nyeri sehingga dapat mengoptimalkan penanganan nyeri pada klien post op sectio caesarea dengan terapi relaksasi genggam jari.

### **1.4.2.3. Bagi Institusi Akademik**

Penulis berharap hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan sehingga dapat dikembangkan pada penelitian selanjutnya dalam penanganan nyeri pada pasien post op sectio caesarea.

### **1.4.2.4. Bagi klien**

Penulis berharap dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga klien mengenai cara penanganan nyeri selain

dengan farmakologi dapat juga dilakukan dengan non farmakologi yaitu misalnya melakukan teknik relaksasi genggam jari bila terasa nyeri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Teori**

##### **2.1.1. Definisi Sectio Caesarea**

*Sectio Caesarea (SC)* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru Sofian, 2012).

*Section Caesarea (SC)* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jutowiyono, Sugeng & Weni kristiyanasari, 2012).

##### **2.1.2. Anatomi Abdomen**

###### **1. Regio Abdomen**

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

1) *Regio umbilicus/ Umbilical region*

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

2) *Regio Epigastrium/ Epigastric region*

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

3) *Regio Hypogastrium/ Hypogastric region*

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

4) *Regio Lumbar Kanan dan Kiri / Right and left lumbar region*

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

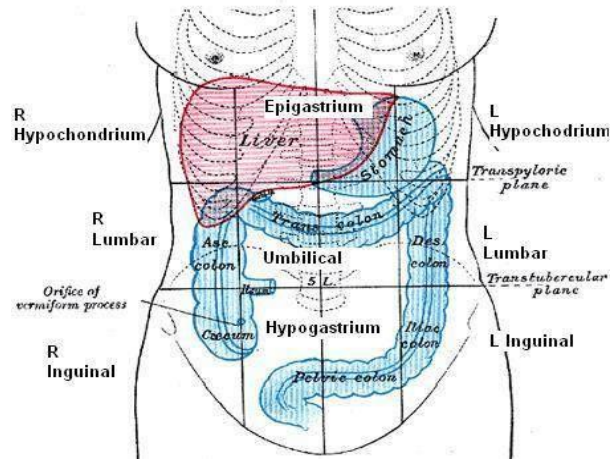
5) *Regio Hypochondrium Kanan dan Kiri / Right and Left Hypochondriac*

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

6) *Regio Inguinalis Kanan dan Kiri / Right and Left Inguinal / Iliac*

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

**Gambar 2.1**  
**Regio Abdomen**



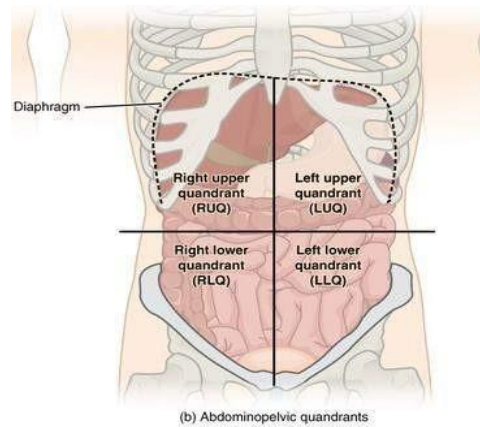
*Sumber: Gama, 2019.*

## 2. Kuadran abdomen

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

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

**Gambar 2.2**  
**Kuadran Abdomen**



*Sumber: Gama, 2019.*

### 2.1.3. Etiologi

#### 1. Etiologi berasal dari ibu

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

#### 2. Etiologi yang berasal dari janin

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

#### **2.1.4. Patofisiologi**

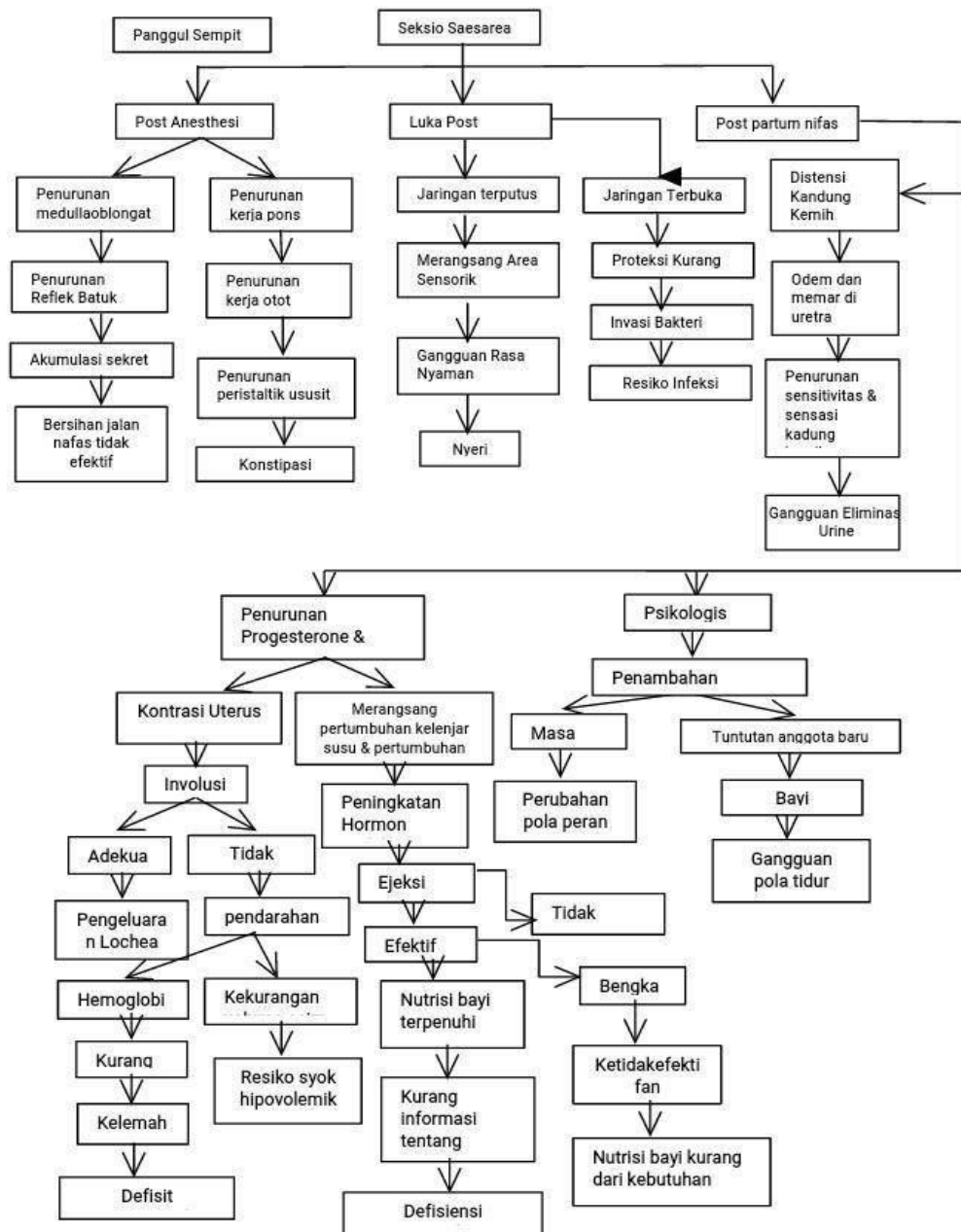
Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan *Sectio Caesarea*. Hal yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, ruptur sentalis dan lateralis, panggul sempit, partus tidak maju (partus lama). Pre-eklamsi, distoksia serviks dan malpresentasi janin, sehingga perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu sectio caesarea (SC). Tindakan pembedahan SC dapat menimbulkan beberapa masalah seperti nyeri yang diakibatkan adanya luka insisi, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan resiko infeksi, gangguan eliminasi urine yang diakibatkan perubahan fisiologi masa nifas, konstipasi dan bersihan jalan nafas akibat anesthesia, adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah deficit perawatan diri, kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, pada masa post partum akan terjadi penurunan progesterone dan estrogen yang dapat menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI sehingga nutrisi bayi kurang dari kebutuhan.



2.1.5. Pathway

Bagan 2.1

Pathway Sectio Caesarea



Sumber: Nurarif & Kusuma (2015)

### 2.1.6. Klasifikasi Sectio Caesarea

(Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Seksio sesarea abdomen

Seksio sesarea transperitonealis

2. Seksio sesarea vaginalis

Merupakan jenis seksio sesarea yang dilakukan dengan membuat sayatan pada rahim dapat dilakukan dengan cara sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig, sayatan melintang (transversal) menurut kerr, dan sayatan huruf T (T- incision).

3. Seksio sesarea klasik (Corporal)

Merupakan jenis tindakan seksio sesarea yang dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4. Seksio sesarea ismika (Profunda)

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

### 2.1.7. Indikasi Sectio Caesarae

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)

2. Panggul sempit : Holmer mengambil batas terendah untuk melahirkan janin vias naturalis ialah  $CV=8$  cm. panggul dengan CV (conjugate vera)  $<8$  cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal,

harus diselesaikan dengan seksio sesarea. Conjugate vera anantara 8-10 cm boleh dilakukan partus percobaan; baru setelah gagal, dilakukan seksio sesarea sekunder.

3. Disporposia sefalopelvik: yaitu ketidakseimbangan anantara ukuran kepala dan ukuran panggul
4. Rupture uteri mengancam
5. Partus lama (prolonged labor)
6. Distosia serviks
7. Pre-eklamsi dan hipertensi.
8. Malpresentasi janin :
  - Letak lintang: greenhill dan Eastman sependapat bahwa jika panggul terlalu sempit, seksio sesarea adalah cara terbaik dalam semua kasus letak lintang dengan janin hidup dan ukuran normal; semua primigravida dengan janin letak lintang harus ditolong dengan seksio sesarea, walaupun tidak ada perkiraan panggul sempit; multipara dengan janin letak lintang dapat lebih dulu dicoba ditolong dengan cara-cara lain.
  - Letak bokong: seksio sesarea dianjurkan pada letak bokong pada kasus panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.
  - Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) jika reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil.
  - Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil.

- Gemelli; menurut Eastman, seksio sesarea dianjurkan jika janin pertama letak lintang atau presentasi bahu; jika interlock (locking of the twins); pada kasus distosia karena tumor; pada gawat janin dan sebagainya.

### **2.1.8. Komplikasi Sectio Caesaræ**

#### 1. Infeksi puerperal (nifas)

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

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

2. Perdarahan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri, perdarahan pada placentar bed.
3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
4. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

### **2.1.9. Pemeriksaan Diagnostik Sectio Caesarea**

1. Pemeriksaan Laboratorium, pada ibu post SC biasanya jumlah Leukosit akan mengalami peningkatan. Jumlah Hematokrit, Hemoglobin dan Eritrosit akan bervariasi.
2. Urinalisis

#### **2.1.10. Penatalaksanaan medis**

1. Cairan IV sesuai indikasi
2. Anestesi, regional atau general
3. Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan section caesarea
4. Tes laboratorium/diagnostic sesuai indikasi
5. Pemberian oksitosin sesuai indikasi
6. Tanda vital per protocol ruangan pemulihan
7. Persiapan kulit pembedahan abdomen
8. Persetujuan ditandatangani
9. Pemasangan kateter foley.

(Jutowiyono, Sugeng & Weni kristiyanasari, 2012)

## **2.2. Konsep Dasar Masa Nifas**

### **2.2.1. Definisi**

Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungankembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas (*postpartum/puerperium*) berasal dari bahasa latin yaitu kata "*puer*" yang artinya bayi dan "*parous*" yang berarti melahirkan (Nurjannah et al. 2013).

### 2.2.2. Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu : puerperium dini (*immediate puerperium*), puerperium intermedial (*early puerperium*), dan remote puerperium (*later puerperium*) (Nurjannah et al. 2013) :

1. Puerperium dini (*immediate puerperium*), yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum)
2. Puerperium intermedial (*early puerperium*), suatu masa pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
3. Remote puerperium (*later puerperium*), waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

### 2.2.3. Perubahan Fisiologi Masa nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

- a. Uterus

- 1) Involusi Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

- a) Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin.
- b) Terdapat Polymorph phagolitik dan macrophages di dalam sistem kardiovaskuler dan sistem limfatik.
- c) Efek oksitosin (cara bekerjanya oksitosin), penyebab kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan memproses pembuluh darah yang menyebabkan kurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu mengurangi perdarahan.

**Tabel 2.1**  
**Perubahan-perubahan Uterus selama Masa Nifas**

<b>Involusi Uteri</b>	<b>Bobot Uterus</b>	<b>Diameter Uterus</b>	<b>Palpasi serviks</b>
Pada akhir persalinan	900-1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu I	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu II	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

*Sumber: Nurjanah et al. 2013*

b. Lochea

Pengeluaran lochea biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari pengelupasan desidua. Keluarnya bekuan darah atau bau lochea yang tajam merupakan tanda-tanda patologis, yang menunjukkan tertahannya produk konsepsi atau adanya infeksi juga dapat mempredisposisi terjadinya perdarahan pasca partum sekunder, yang didefinisikan sebagai perdarahan berlebih dari saluran genitalia yang terjadi selama lebih dari 24 jam. Adapun macam-macam lochea yaitu:

- a) *Lochea rubra (Cruenta)* : Berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan meconium, selama 3 hari postpartum
- b) *Lochea sanguinolenta* : Berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum.
- c) *Lochea serosa* : Berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari 7-14 postpartum
- d) *Lochea alba* : Cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum.
- e) *Lochea purulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- f) *Lochea stasis* : lochea tidak lancar keluaranya atau tertahan.
- c. Serviks

Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong yang disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontaksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena retraksi dari



serviks, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

e. Perineum

Setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali Sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

f. Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi yang bersifat alamiah. Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI.

2. Perubahan sistem pencernaan

a. Nafsu makan

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesi dan kelelahan.

b. Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Hal ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pasca partum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal.

3. Perubahan sistem perkemihan

Pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

4. Perubahan sistem muskuloskeletal

a. Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6-8 minggu.

b. Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae.

c. Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

d. Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur mengecil kembali seperti sediakala

e. Simpisis pubis

Simpisis pubis merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab ketidakmampuan jangka panjang. Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur atau saat berjalan.

5. Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu tubuh

Satu hari postpartum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik.

b. Nadi

Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspadakemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg systole dan 10 mmHg diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia pada masa postpartum.

d. Pernapasan

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

6. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 - 400 cc. bila kelahiran melalui sectio caesarea maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (blood volume) dan hematokrit. Bila persalinan pervaginam hematokrit akan naik, dan pada sectio caesarea hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Setelah persalinan denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi.

7. Perubahan sistem hematology

Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Pada keadaan tidak ada komplikasi, haematokrit dan haemoglobin akan kembali pada keadaan normal dalam 4-5 minggu postpartum. Leukosit meningkat, dapat mencapai 15000/mm<sup>3</sup> selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum.

#### **2.2.4. Adaptasi Psikologi Ibu Masa nifas**

(Nurjannah et al. 2013) :

##### 1. Masa Taking in ( fokus pada diri sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca persalinan, ibu baru akan melahirkan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya.

##### 2. Masa Taking on (fokus pada bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir akan kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Ibu berupaya untuk menguasai keterampilan perawatan bayinya. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya.

##### 3. Masa Letting go (Mengambil alih tugas sebagai ibu tanpa bantuan NAKES)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

### **3.3. Konsep Nyeri**

#### **3.3.1. Definisi**

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan menurut International Association For Study Of Pain tahun 1997 (dikutip dalam Prasetyo, 2010).

Mouncastle mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah ketika seseorang terluka (secara fisik) (Prasetyo, 2010).

#### **3.3.2. Klasifikasi nyeri**

##### **1. Nyeri akut**

Nyeri akut terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat). Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya

diakibatkan oleh trauma, bedah, atau inflamasi. nyeri akut terkadang disertai oleh aktivisasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti : peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, dan akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Prasetyo, 2010).

## 2. Nyeri kronik

Nyeri kronik berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

## 3. Nyeri kutaneus/superficial (Cutaneous pain)

Ada dua macam bentuk nyeri *superficial*, bentuk yang pertama adalah nyeri dengan onset yang tiba-tiba dan mempunyai kualitas yang tajam, dan bentuk yang kedua adalah nyeri dengan onset yang lambat disertai rasa terbakar. Trauma gerakan, suhu yang terlalu panas dapat menjadi penyebab timbulnya nyeri *superficial* ini.

## 4. Nyeri somatic dalam ( deep somatic pain)

Nyeri somatic merupakan fenomena nyeri yang kompleks. Struktur somatic merupakan bagian pada tubuh seperti otot-otot atau tulang. Nyeri somatic dalam biasanya bersifat difus (menyebar) berbeda dengan nyeri *superficial* yang mudah untuk dilokalisir.

## 5. Nyeri visceral

Istilah visceral biasanya mengacu pada bagian viscera abdomen. Penyebab nyeri visceral adalah semua rangsangan yang dapat menstimulasi ujung saraf nyeri di daerah visceral. Nyeri visceral cenderung bersifat difus (menyebar), sulit untuk dilokalisasi, samar-samar dan bersifat tumpul.

#### 6. Referred Pain

Nyeri dalam dapat diakibatkan dari gangguan organ visceral atau lesi pada bagian somatic dalam (misal: organ ligament, vertebra). Keduanya dapat dirasakan menyebar sampai ke bagian permukaan kulit, hal ini dikarenakan serabut saraf visceral bersinapsis didalam medulla spinalis dengan beberapa neuron urutan kedua yang sama yang menerima serabut nyeri dari kulit.

#### 7. Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik disebut juga psychalgia atau nyeri somatoform, adalah nyeri yang tidak diketahui secara fisik, nyeri ini biasanya timbul karena pengaruh psikologis, mental, emosional atau faktor perilaku. Sakit kepala, back pain, atau nyeri perut adalah contoh Sebagian dari nyeri psikogenik yang paling umum.

### **3.3.3. Patofisiologi**

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah nosiseptor, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. (Prasetyo, 2010).



Ada dua proses yang terjadi menurut Prasetyo (2010), yaitu :

1. Transduksi

Dimana hal ini terjadi ketika nosiseptor yang terletak pada bagian perifer tubuh distimulasi oleh berbagai stimulus, seperti factor biologis, mekanis, listrik, thermal, radiasi, dan lain-lainnya. Serabut saraf tertentu bereaksi atas stimulus tertentu. Fast pain dicetuskan oleh reseptor tipe mekanis atau thermal (yaitu serabut saraf A-Delta), sedangkan slow pain (nyeri lambat) biasanya dicetuskan oleh (serabut saraf C). Serabut saraf A-Delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat serta bermielinasi, dan serabut saraf C yang tidak bermielinasi, berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri.

2. Transmisi

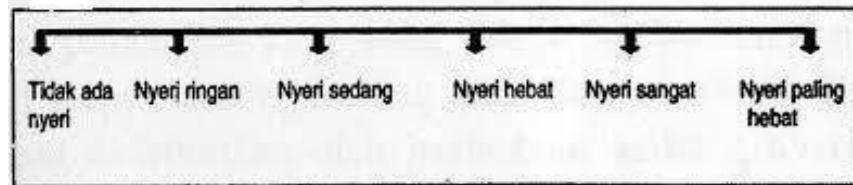
Dimana impuls nyeri kemudian ditransmisikan serat afferent (A-Delta dan C) ke medulla spinalis melalui dorsal horn, impuls kemudian menyeberang keatas melewati traktus spinothalamus lateral diteruskan langsung ke thalamus tanpa singgah di formatio retikularis membawa impuls fast pain. Di bagian thalamus dan korteks serebri inilah individu kemudian dapat mempersepsikan, menggambarkan, melokalisasi, menginterpretasikan dan mulai berespon terhadap nyeri. Slow pain yang terjadi akan membangkitkan emosi, sehingga timbul respon terkejut, marah, cemas, tekanan darah meningkat, keluar keringat dingin dan jantung berdebar-debar.

#### **2.3.4. Pengkajian Nyeri**

### 1. Skala Deskriptif Verbal (VDS)

Skala Deskriptif Verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari beberapa kalimat pendeskriptif yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Kalimat pendeskriptif ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat.

**Gambar 2.3**  
**Skala Deskriptif Verbal**

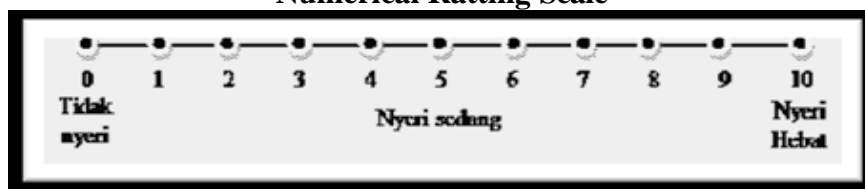


*Sumber : Prasetyo, 2010*

### 2. Skala Numerik (Numerical Rating Scale, NRS)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskriptif kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan skala nyeri 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

**Gambar 2.4**  
**Numerical Rating Scale**

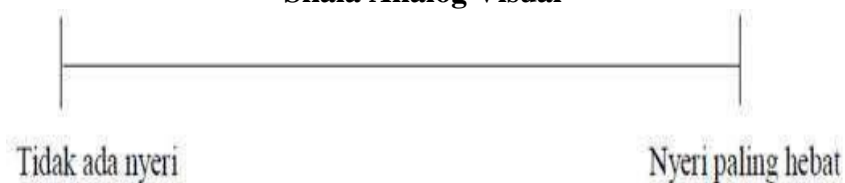


*Sumber : Prasetyo, 2010*

### 3. Skala Analog Visual (Visual Analog Scale, VAS)

Skala Analog Visual merupakan garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala analog visual merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

**Gambar 2.5**  
**Skala Analog Visual**



*Sumber : Prasetyo, 2010*

#### 2.3.5. Penatalaksanaan

##### 1. Tindakan Farmakologi

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

##### 2. Terapi Nonfarmakologi

Tata laksana nonfarmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal ini yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi

fisis, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang bisa dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat (Kapita selekta, 2014).

#### **2.4. Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea**

Relaksasi merupakan tindakan relaksasi otot rangka yang dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri (Zees, 2012). Selain itu, relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks (Pinandita, 2012).

Menurut Puji & Eka (2017) dalam jurnalnya “Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono” terdapat pengaruh pemberian relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri, yaitu :

- a. Nyeri pada pasien post sectio caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono sebelum pemberian relaksasi genggam jari

Dilihat dari hasil penelitian terdapat 20 responden yang mengalami nyeri diantaranya 5 responden yang mengalami nyeri berat, 13 responden yang mengalami nyeri sedang dan 2 responden yang mengalami nyeri ringan. Sebagian besar dari responden yang mengalami nyeri sedang terdapat 10 responden yang berusia 21-30 tahun, sehingga nyeri sebelum diberikan relaksasi genggam jari dipengaruhi oleh usia. Hal ini sesuai dengan pendapat Potter & Perry (2010) yang menyatakan bahwa faktor yang

mempengaruhi nyeri antara lain usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, gaya koping dan pengalaman sebelumnya.

- b. Nyeri pada pasien post sectio caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono setelah dilakukan pemberian relaksasi genggam jari.

Berdasarkan hasil penelitian dari 20 responden sebagian besar mengalami nyeri ringan yaitu sebanyak 12 responden. Dari 12 responden 8 responden berusia 21-30 tahun, 8 responden berpendidikan SMA, 7 responden sebagai Ibu rumah tangga dan 9 responden menjalani SC yang pertama. Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk dilakukan sehingga responden dengan usia yang masih muda dan pendidikan menengah akan mudah menirukannya. Hal ini merupakan kunci keberhasilan dari intervensi yang telah dilakukan.

- c. Pengaruh Relaksasi Genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post sectio caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono
- d. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan relaksasi genggam jari responden mengalami nyeri sedang, sedangkan setelah diberikan relaksasi genggam jari responden mengalami nyeri ringan. Hal ini merupakan adanya pengaruh dari relaksasi genggam jari yang dapat membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi sehingga akan memicu pengeluaran hormon endorfin yang merupakan analgetik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Liana, 2008; Prasetyo, 2010).

## **2.5. Konsep Asuhan Keperawatan Pada klien Post SC**

### **2.5.1. Pengkajian**

#### **1. Identitas diri**

Meliputi nama, umur, ras, atau suku, alamat, nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa. Umur juga hal yang penting karena ikut menentukan prognosis kehamilan. Kalau umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak resikonya (Chapman & Cathy, 2013).

#### **2. Riwayat kesehatan**

##### **a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit**

Alasan klien datang ke tempat bidan atau klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Chapman & Cathy, 2013).

##### **b. Keluhan Utama Saat Dikaji**

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST : P = Paliatif /Propokatif, yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan masalah. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat. Q= Quality/Quantity, yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris – iris. R= Region/Radiasi, yaitu menunjukkan lokasi nyeri,

penyebarannya. Pada pasien post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan didaerah abdomen dan biasanya tidak ada penyebaran kedaerah lain. S= Skala/severity, yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0 – 10. T= Timing, yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

c. Riwayat kesehatan dahulu

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

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

3. Riwayat genokologi dan obstetric

a. Riwayat Ginekologi

- 1) Riwayat menstruasi : Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan, yang meliputi umur saat pertama haid, lama haid, siklus haid, karakteristik darah (misalnya menggumpal), dismenore selama masa haid, HPHT, penggunaan produk sanitari (misal celana dalam, pembalut) (Chapman & Cathy Charles, 2013).

- 2) Riwayat perkawinan : menikah atau tidak, berapa kali menikah, berapa lama menikah (Chapman & Cathy Charles, 2013).
  - 3) Riwayat keluarga berencana : KB terakhir yang digunakan, keluhan, rencana KB setelah melahirkan (Chapman & Cathy Charles, 2013).
- b. Riwayat Obstetric
- 1) Riwayat kehamilan dahulu : meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala factor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Cathy Charles, 2013).
  - 2) Riwayat kehamilan sekarang : Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya (Chapman & Cathy Charles, 2013).
  - 3) Riwayat persalinan dahulu : meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum ekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Cathy, 2013).



- 4) Riwayat persalinan sekarang : Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Sutanto, 2018).
  - 5) Riwayat nifas dahulu : Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Maryunani, 2015).
  - 6) Riwayat nifas sekarang : Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).
4. Pola aktivitas sehari-hari
- 1) Pola nutrisi : makan: jenis makanan, frekuensi, jumlah, porsi makanan, pantangan, Riwayat alergi terhadap makanan. Minum: jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sectio caesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat sectio caesarea.
  - 2) Pola Eliminasi : kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan BAB. Kebiasaan BAK: frekuensi, jumlah, warna dan keluhan. Biasanya BAB secara spontan akan tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan. Pada ibu post op sectio caesarea sensasi kandung kencing mungkin

dilumpuhkan dengan analgesia spinal dan pengosongan kandung kencing terganggu selama beberapa jam setelah persalinan, sehingga pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah (Nurjannah et al. 2013).

- 3) Pola istirahat dan tidur : Tidur malam: waktu dan lama, tidur siang: waktu dan lama serta keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan sectio caesarea.
  - 4) Personal hygiene : frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Pada ibu post sectio caesarea biasanya akan mengalami perubahan karena keterbatasan aktivitas
  - 5) Aktivitas dan Latihan : kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat dirawat di rumah sakit. Biasanya pada ibu post SC terjadi gangguan karena efek obat bius, penurunan kekuatan otot, penurunan progesterone dan estrogen serta kelelahan. Sehingga pada ibu post op SC dianjurkan melakukan pergerakan miring kanan dan kiri setelah 6 jam, dianjurkan duduk setelah 12 jam dan setelah 24 jam ibu belajar berdiri dan berjalan.
5. Pemeriksaan fisik *Head To Toe*
- a. Pemeriksaan fisik ibu
    - 1) Keadaan umum : Mengetahui keadaan ibu secara keseluruhan. Keadaan umum baik jika pasien memperlihatkan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain. Keadaan umum yang lemah jika pasien kurang atau tidak memberikan respon terhadap lingkungan dan orang lain (Widiastini, 2018).

- 2) Tanda – tanda vital : Pada ibu postpartum biasanya mengalami peningkatan suhu tubuh pada 24 jam pertama masa nifas, suhu akan naik sekitar 37,5 °c-38°c yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. denyut nadi menjadi lebih cepat (>100x/menit), pernapasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya. Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan (Sutanto, 2018)
- 3) Antropometri : Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.
- 4) Pemeriksaan *Head To Toe*
  - a) Kepala : Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.
  - b) Wajah : perhatikan wajah ibu, adakah *oedema* atau tidak, *Chloasma Gravidarum*, kelainan dan apakah ibu terlihat pucat atau tidak (Widiastini, 2018).
  - c) Mata : Mengetahui klien *anemis* atau tidak yang dilihat dari warna konjungtiva yang normal berwarna merah muda dan mengetahui pasien *ikterus* dilihat dari warna skleranya yang normal adalah putih (Widiastini, 2018).
  - d) Telinga : Ketajaman pendengaran secara umum, luka, dan pengeluaran dari saluran luar telinga (bentuk dan warna).

- e) Hidung : Bentuk, pernapasan cuping hidung, kebersihan, ada tidak nyeri tekan, gangguan pada fungsi penciuman.
- f) Mulut : Mengetahui keadaan mulut ibu bersih atau tidak, Mukosa lembab atau kering, pucat atau biru, ada karies atau tidak (Widianti, 2018).
- g) Leher : Ada tidak pembesaran kelenjar limfe untuk menemukan kelainan pada jantung, ada tidak pembesaran kelenjar tiroid untuk menemukan pasien kekurangan yodium, apakah bendungan *Vena jugularis* yang mengindikasikan kegagalan jantung.
- h) Dada
  - (1) Paru-paru : Amati pola nafas apakah ada suara tambahan seperti *Wheezing, Ronchi*, dan kaji respirasi dalam satu menit.
  - (2) Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti *gallop dan murmur*.
  - (3) Payudara : Ada tidak mammae atau pembesaran payudara, ada tumor atau tidak, payudara simetris atau tidak, aerola hiperpigmentasi atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, kolostrum sudah keluar atau belum, apakah ada kelainan pada dada dan bagaimana kebersihannya.
- i) Abdomen : Periksa tinggu fundus dan bentuk abdomen simetris atau tidak, apakah ada nyeri abdomen, adanya luka bekas operasi, keadaan luka, striae, linea, nyeri tekan.

- j) Punggung dan bokong : Bentuk, apakah ada tidaknya lesi, apakah ada tidaknya kelainan tulang belakang.
  - k) Genetalia : Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.
  - l) Anus : apakah terdapat benjolan, lesi, apakah terdapat hemoroid atau tidak.
  - m) Ekstermitas : Pada ekstermitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstermitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema.
- b. Pemeriksaan Fisik bayi
- 1) Keadaan umum : meliputi tampilan, kesadaran bayi dengan pemeriksaan APGAR Score pada menit pertama dan ke-5.
  - 2) Antropometri : meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.
6. Data psikologi : Perubahan psikologi yang terjadi pada ibu postpartum yaitu ibu terfokus pada kebutuhan dirinya (taking in) sampai dapat mandiri dan memperhatikan kondisi bayinya untuk dilakukan perawatan (letting go) untuk itu diperlukan dukungan dari keluarga untuk menjaga kondisi Kesehatan fisik dan mental ibu (Maryunani & Hartati, 2015).
7. Data social : Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

8. Kebutuhan Bounding Attachment : Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori (Nurjanah et al. 2013).
9. Kebutuhan pemenuhan seksual : Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas (Nurjanah et al. 2013).
10. Pengetahuan tentang perawatan diri : pada ibu postpartum Sectio caesarea dapat terjadi berkurang dan terbatasnya kemampuan ibu dalam memenuhi perawatan dirinya (Maryunani & Hartati)
11. Hasil pemeriksaan diagnostic : Meliputi pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemeriksaan EKG, elektolit, hemoglobin, golongan darah, amniosintesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi, pemeriksaan sinar x sesuai indikasi, ultrasonografi (Nurarif, 2015).
12. Analisa data : Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisis data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu postpartum seksio sesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

#### **2.5.2. Diagnosa keperawatan pada klien post Sectio Caesarea**

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2015, bahwa diagnosa

keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan sectio caesarea adalah (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi 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 factor resiko : episiotomy, 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.

### 2.5.3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan sectio caesarea menurut Nurarif & Kusuma (2015) adalah :

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

**Tabel 2.2**

#### **Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas**

<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b> <b>Definisi :</b> ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan jalan nafas <b>Batasan karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak ada batuk</li> <li>2. suara Nafas tambahan</li> <li>3. perubahan frekuensi nafas</li> <li>4. sianosis</li> <li>5. kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara</li> <li>6. penurunan bunyi nafas</li> <li>7. dispneu</li> <li>8. sputum dalam jumlah yang berlebih</li> <li>9. batuk yang tidak efektif</li> <li>10. orhtopneu</li> <li>11. gelisah</li> <li>12. mata terbuka lebar</li> </ol>	<b>NOC:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiratory status ventilation</li> <li>2. Respiratory status : airway patency</li> </ol> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang beersih, tidak ada sianosis dan dipsneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).</li> <li>2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.</li> </ol>	<b>NIC:</b> <b>Airway suction</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>2. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>3. Informasikan kepada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>4. Minta klien napas dalam sebelum suctioning</li> <li>5. Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal</li> <li>6. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>7. Anjurkan klien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotracheal</li> <li>8. Monitor status oksigen klien</li> <li>9. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction</li> <li>10. Hentikan suction dan berikan oksigen apabila klien menunjukan bradikardi, penurunan saturasi oksigen dan lain-lain.</li> </ol>



**Airway Manajemen**

1. Buka jalan nafas, menggunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
2. Pastikan klien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan nadas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronchodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan
12. Monitor respirasi dan status oksigen.

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

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

**Tabel 2.3**

**Intervensi nyeri Akut**

<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<b>Nyeri akut</b> <b>Definisi</b> : pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan (international Association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intersitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.	<b>NOC:</b> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Mampu mengontrol nyeri (penyebab, teknik nonfarmakologi, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	<b>NIC:</b> <b>Pain Management</b> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik

**Batasan karakteristik:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan selera makan</li> <li>2. Perubahan pada parameter fisiologi</li> <li>3. Diaforesis</li> <li>4. Perilaku distraksi</li> <li>5. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri atau pasien yang tidak dapat mengungkapkannya</li> <li>6. Perilaku ekspresif</li> <li>7. Ekspresi wajah nyeri</li> <li>8. Sikap tubuh melindungi</li> <li>9. Putus asa</li> <li>10. Fokus menyempit</li> <li>11. Sikap melindungi area nyeri</li> <li>12. Perilaku protektif</li> <li>13. Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas</li> <li>14. Dilatasi pupil</li> <li>15. Fokus pada diri sendiri</li> <li>16. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri</li> <li>17. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. Menyatakan rasa nyama setelah berkurang</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masalah</li> <li>6. Evaluasi bersama pasien dan Kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau</li> <li>7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>9. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal)</li> <li>11. Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>12. Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi</li> <li>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>14. Evaluasi ketidakefektifan kontrol nyeri</li> <li>15. Tingkatkan istirahat</li> <li>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</li> <li>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.</li> </ol> |
|--|---|--|

**Faktor yang berhubungan :**

1. Agen cedera biologis
2. Agen cedera kimiawi
3. Agen cedera fisik

**Analgetic administration**

1. Tentukan lokasi karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek Riwayat alergi
4. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi

- dari analgetik Ketika pemberian lebih dari Satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
  6. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuj pengobatan nyeri secara teratur
  7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
  8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
  9. Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala.

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

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

**Tabel 2.4**

**Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<b>ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</b> <b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik <b>Batasan karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kram abdomen</li> <li>2. Nyeri abdomen</li> <li>3. Gangguan sensasi rasa</li> <li>4. Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal</li> <li>5. Kerapuhan kapiler</li> <li>6. Diare</li> <li>7. Kehilangan rambut berlebih</li> <li>8. Enggan makan</li> <li>9. Asupan makanan kurang dari <i>Recommended daily allowance (RDA)</i></li> <li>10. Bising usus hiperaktif</li> <li>11. Kurang informasi</li> <li>12. Kurang minat pada makanan</li> <li>13. Tonus otot menurun</li> <li>14. Kesalahan informasi</li> </ol>	<b>NOC:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nutrient status</li> <li>2. Nutritional status : food and fluid</li> <li>3. Intake</li> <li>4. Nutritional status : nutrient intake</li> <li>5. Weight control</li> </ol> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>4. Tidak ada tanda mal nutrisi</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> <li>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<b>NIC:</b> <b>Nutrient Management</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>5. Berikam substansi gula</li> <li>6. Yakinkan diet dimakan klien mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi</li> <li>7. Berikan makanan yang terpilih (berdasarkan konsultasi ahli gizi)</li> <li>8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.</li> </ol>

15. Kesalahan persepsi
16. Membrane mukosa pucat
17. Ketidakmampuan memakan makanan
18. Cepat kenyang setelah makan
19. Sariawan rongga mulut
20. Kelemahan otot mengunyah
21. Kelemahan otot untuk menelan
22. Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat.

**Faktor yang berhubungan:**

1. Asupan diet kurang

**Populasi beresiko :**

1. Faktor biologis
2. Kesulitan ekonomi

**Kondisi terkait :**

1. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan makan
4. Gangguan psikososial.

**Nutrition Monitoring**

1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
4. Monitor lingkungan selama makan
5. Monitor kulit kering dan pigmentasi
6. Monitor turgor kulit
7. Monitor kekeringan rambut kusam dan mudah patah
8. Monitor mual muntah
9. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht.
10. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
11. Monitor kalori dan intake nutrisi

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

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><b>ketidakefektifan pemberian ASI</b></p> <p><b>Definisi :</b> Kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara yang dapat memengaruhi status nutrisi bayi/anak.</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakadekuatan defekasi bayi</li> <li>2. Bayi mendekat ke arah payudara</li> <li>3. Bayi menangis pada payudara</li> <li>4. Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui</li> </ol>	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breastfeeding ineffective</li> <li>2. Breathing pattern ineffective</li> <li>3. Breasfeeding interrupted</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selana 3 minggu pertama pemberian ASI</li> <li>2. Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk</li> </ol>	<p><b>NIC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi pola menghisap/menelan bayi</li> <li>2. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</li> <li>3. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap secara dan terjaga)</li> <li>4. Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif</li> <li>5. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke putting</li> </ol>

5. Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui
6. Bayi tidak mampu *latch-on* pada payudara secara tepat
7. Bayi menolak *latching on*
8. Bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain
9. Ketidacukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui
10. Kurang penambahan berat badan bayi
11. Tidak tampak tanda pelepasan oksitosin
12. Tampak ketidakadekuatan asupan susu
13. Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui
14. Penurunan berat badan bayi terus-menerus
15. Tidak mengisap payudara terus-menerus.

**Faktor yang berhubungan :**

1. Keterlambatan lactogen II
2. Suplai ASI tidak cukup
3. Keluarga tidak mendukung
4. Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI
5. Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui
6. Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI
7. Diskontinuitas pemberian ASI
8. Ambivalensi ibu
9. Ansietas ibu
10. Anomali payudara ibu
11. Keletihan ibu
12. Obesitas ibu
13. Nyeri ibu
14. Penggunaan dot
15. Reflex isap bayi buruk
16. Penambahan makanan dengan puting artifisial.

**Populasi beresiko :**

1. Bayi premature
2. Pembedahan payudara sebelumnya

- memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI
3. Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler
  4. Penyapihan pemberian ASI
  5. Diskontinuitas progresif pemberian ASI
  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.

6. pantau integritas kulit puting ibu
7. evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis
8. pantau kemampuan untuk mengurangi kongeti payudara dengan benar
9. pantau berat badan dan pola eliminasi bayi

**Brest examination lactation suppression**

1. fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI
2. sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI
3. Ajarkan pengasuhan bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran pemberian susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
4. Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula
5. Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai

**Lactation konseling**

1. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI
2. Demonstrasikan Latihan menghisap, jika perlu
3. Diskusikan metode alternative pemberian makanan bayi

- 
3. Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya
  4. Masa cuti melahirkan yang pendek
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 5. Gangguan eliminasi urine

**Tabel 2.6**

### Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
<p><b>Gangguan eliminasi urine</b>  <b>Defisi:</b> Disfungsi eliminasi urine  <b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disuria</li> <li>2. Sering berkemih</li> <li>3. Anyang-anyangan</li> <li>4. Nokturia</li> <li>5. Inkontinensia urine</li> <li>6. Retensi</li> <li>7. Dorongan berkemih</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyebab multiple</li> </ol> <p><b>Kondisi terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obstruksi anatomik</li> <li>2. Gangguan sensori motorik</li> <li>3. Infeksi saluran kemih</li> </ol>	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urinary elimination</li> <li>2. Urinary continence</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urine &gt;100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentan normal</li> <li>4. Bebas dari ISK</li> <li>5. Tidak ada spasme bleder</li> <li>6. Balance cairan seimbang</li> </ol>	<p><b>NIC:</b>  <b>Urinary retention care</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kenihi yang komprehensif terfokus pada inkontenensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing pra eksisten)</li> <li>2. Memantau penggunaan obat dengan sifat kolinerjik atu property alfa agonis</li> <li>3. Monitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blokera dan antikolinergik</li> <li>4. Menyediakan penghapusan prifasi</li> <li>5. Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>6. Merangsang reflex kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut</li> <li>7. Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)</li> <li>8. Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau inspaksi tinja</li> <li>9. Memantau asupan dan keluaran</li> <li>10. Gunakan kateter kemih</li> <li>11. Anjurkan keluarga untuk mencatat output urine</li> </ol>

---

- 
12. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi
  13. Membantu toileting secara berkala
  14. Menerapkan katektisasi intermiten
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

**Tabel 2.7**

### **Intervensi Gangguan pola tidur**

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

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 7. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : episiotomy, laserasi

jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.

**Tabel 2.8**

### **Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Resiko infeksi</b>  <b>Definisi:</b> Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.  <b>Faktor-faktor resiko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan peristaltis</li> <li>2. Gangguan integritas kulit</li> <li>3. Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>4. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>5. Malnutrisi</li> <li>6. Obesitas</li> <li>7. Merokok</li> <li>8. Statis cairan tubuh</li> </ol> <p><b>Populasi beresiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terpajan pada wabah</li> </ol> <p><b>Kondisi terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pH sekresi</li> <li>2. Penyakit kronis</li> <li>3. Penurunan kerja siliaris</li> <li>4. Penurunan hemoglobin</li> <li>5. Imunosupresi</li> <li>6. Prosedur invasif</li> <li>7. Leukopenia</li> <li>8. Pecah ketuban dini</li> <li>9. Pecah ketuban lambat</li> <li>10. Supresi respons inflamasi</li> </ol>	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Immune status</li> <li>2. Knowledge: infection control</li> <li>3. Risk control</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal.</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.</li> </ol>	<p><b>NIC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien</li> <li>2. Petahankan tehnik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</li> <li>5. Gunakan antiseptic untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan setelah tindakan keperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>11. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>12. Berikan terapi antibiotic bila perlu</li> </ol> <p><b>Infection protection (proteksi terhadap infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li> <li>2. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>3. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>4. Pertahankan tehnik aseptik pada klien yang beresiko</li> <li>5. Pertahankan tehnik isolasi</li> <li>6. Berikan perawatan kulit pada area epidema</li> <li>7. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>8. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah</li> <li>9. Dorong masukan nutrisi yang cukup</li> </ol>



- 
10. Dorong masukan cairan
  11. Dorong istirahat
  12. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep
  13. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda infeksi
  14. Ajarkan cara memnghindari infeksi
  15. Laporkan kecurigaan infeksi
  16. Laporkan kultur positif.
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

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

**Tabel 2.9**

**Intervensi Defisit perawatan diri**

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

3. Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial	secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	8. Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
4. Gangguan musculoskeletal	5. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	9. Memantau kebersihan kulit pasien
5. Gangguan neuromuskular	6. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	10. Menjaga ritual kebersihan diri
6. Gangguan persepsi.	7. Membersihkan dan mengeringkan tubuh	11. Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya.
	8. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.	

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 9. Konstipasi

**Tabel 2.10**  
**Intervensi Konstipasi**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<b>Konstipasi</b> <b>Definisi:</b> Penurunan frekuensi normal pada defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak. <b>Batasan Karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri abdomen</li> <li>2. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>3. Anoreksia</li> <li>4. Penampilan tidak khas pada lansia</li> <li>5. Borborigma</li> <li>6. Darah merah pada feses</li> <li>7. Perubahan pada pola defekasi</li> <li>8. Penurunan frekuensi defekasi</li> <li>9. Penurunan volume feses</li> <li>10. Distensi abdomen</li> <li>11. Keletihan</li> <li>12. Feses keras dan berbentuk</li> </ol>	<b>NOC:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bowel elimination</li> <li>2. Hidration</li> </ol> <b>Kriteria Hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bentuk feses lunak 1-3 hari</li> <li>2. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>3. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Feses lunak dan berbentuk.</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Constipation/impaction managemen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Monitor bissing usus</li> <li>3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bissing usus</li> <li>5. Monitor tanda dan gejala rupture usus/peritonitis</li> <li>6. Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>7. Dukung intake cairan</li> <li>8. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi</li> <li>9. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi</li> <li>10. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna</li> </ol>

- 
- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>13. Sakit kepala</li> <li>14. Bising usus hiperaktif</li> <li>15. Bising usus hipoaktif</li> <li>16. Tidak ada defekasi</li> <li>17. Peningkatan tekanan intraabdomen</li> <li>18. Tidak dapat makan</li> <li>19. Feses cair</li> <li>20. Nyeri pada saat defekasi</li> <li>21. Massa abdomen yang dapat diraba</li> <li>22. Massa rektal yang dapat diraba</li> <li>23. Perkusi abdomen pekak</li> <li>24. Rasa penuh rektal</li> <li>25. Rasa tekanan rektal</li> <li>26. Sering flatus</li> <li>27. Adanya feses lunak, seperti pasta dalam rectum</li> <li>28. Mengejan pada saat defekasi</li> <li>29. muntah</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kelemahan otot abdomen</li> <li>2. Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia</li> <li>3. Konfusi</li> <li>4. Penurunan motilitas traktus</li> <li>5. Gastrointestinal</li> <li>6. Dehidrasi</li> <li>7. Depresi</li> <li>8. Perubahan kebiasaan makan</li> <li>9. Gangguan emosi</li> <li>10. Kebiasaa menekan dorongan defekasi</li> <li>11. Kebiasaan makan buruk</li> <li>12. Hygiene oral tidak adekuat</li> <li>13. Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat</li> <li>14. Asupan serat kurang</li> <li>15. Asupan cairan kurang</li> <li>16. Kebiasaan defekasi tidak teratur</li> <li>17. Penyalahgunaan laksatif</li> <li>18. Obesitas</li> <li>19. Perubahan lingkungan baru.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>11. Memantau bising usus</li> <li>12. Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>13. Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</li> <li>14. Timbang pasien secara teratur</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.</li> </ul> |
|---|--|
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 10. Resiko syok (hipovolemik)

**Tabel 2.11**  
**Intervensi Resiko Syok (Hipovolemik)**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<p><b>Resiko Syok</b> <b>Definisi:</b> Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan, tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu Kesehatan. <b>Faktor resiko:</b> 1. Akan dikembangkan <b>Kondisi terkait :</b> 1. Hipotensi 2. Hipovolemia 3. Hipoksemia 4. Hipoksia 5. Infeksi 6. Sepsis 7. Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>Systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>)</p>	<p><b>NOC:</b> 1. Syock prevention 2. Syock management <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 4. Irama napas dalam batas yang diharapkan 5. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal. <b>Hidrasi:</b> 1. Indikator : 2. Mata cekung tidak ditemukan 3. Demam tidak ditemukan 4. Tekanan darah dalam batas normal 5. Hematokrit DBN</p>	<p><b>NIC</b> <b>Syock prevention</b> 1. Monitor sirkulasi blood preasur, wrna kulit, suhu kulit, denyut jantung, heart rate, ritme dan kapiler refill time 2. Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan 3. Monitor suhu dan pernafasan 4. Monitor input dan output 5. Pantau nilai labor: HB, HT. AGD, dan Elektrolit. 6. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai 7. Monitor tanda dan gejala asites 8. Monitor tanda gejala syok 9. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat 10. Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas 11. Berikan cairan iv atau oral yang tepat 12. Berikan vasodilator yang tepat 13. Ajarkan keluarga dan pasiententang tanda dan gejala datangnya syok 14. Ajarkan keluarga dan pasien tentang Langkah untuk mengatasi gejala syok</p>

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

## 11. Resiko perdarahan

**Tabel 2.12**  
**Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi
<b>Resiko perdarahan</b> <b>Definisi:</b> Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan. <b>Faktor resiko:</b> 1. Kurang pengetahuan kewaspadaan perdarahan <b>Potensi beresiko :</b> 1. Riwayat jatuh <b>Kondisi terkait :</b> 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Koagulopati intravaskular diseminata 4. Gangguan gastrointestinal 5. Gangguan fungsi hati 6. Koagulopati inheren 7. Komplikasi pascapartum 8. Komplikasi kehamilan 9. Trauma 10. Program pengobatan	<b>NOC:</b> 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 4. Tidak ada perdarahan 5. Tidak ada distensi abdomen 6. Haemoglobin dan hetmatokrit dalam batas normal	<b>NIC</b> Bleding precaution 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai HB dan HT sebelum dan sesudah perdarahan 3. Monitor TTV ortostatik 4. Perdarahan bedrest selama perdarahan aktif 5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma) 6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 7. Hindari mengukur suhu lewat rectal 8. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan 9. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K 10. Identifikasi penyebab perdarahan 11. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, Pulmonari kapiler, atau arteri wedge preasure) 12. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output) 13. Pertahankan potensi UV line 14. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan area luka) 15. Timggikan ekstremitas perdarahan 16. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan 17. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas <b>Bledding reduction: gastrointestinal</b> 1. Observasi adanya darah salam sekresi cairan tubuh: emesis, feses, urine, residu lambung dan drainase luka 2. Monitor komplit blood count dan leukosit

- 
3. Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose dan vasopression
  4. Hindari penggunaan anticoagulant
  5. Perhatikan jalan napas, berikan cairan intravena
  6. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen.
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

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

**Tabel 2.13**

**Intervensi Defisiensi Pengetahuan**

<b>Diagnose keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
<p><b>Defisiensi pengetahuan</b>  <b>Definisi:</b> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.  <b>Batasan karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>2. Ketidakakuratan mengikuti tes</li> <li>3. Perilaku tidak tepat</li> <li>4. Kurang pengetahuan</li> </ol> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang informasi</li> <li>2. Kurang minat untuk belajar</li> <li>3. Kurang sumber pengetahuan</li> <li>4. Keterangan yang salah dari orang lain</li> </ol> <p><b>Kondisi terkait :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan fungsi kognitif</li> <li>2. Gangguan memori</li> </ol>	<p><b>NOC:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Knowledge: disease process</li> <li>2. Knowledge: health beavior</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, program dan pengobatan</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar</li> <li>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim Kesehatan lainnya.</li> </ol>	<p><b>NIC:</b>  <b>Treeching: diases process</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>2. Gunakan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>3. Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>4. Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</li> <li>5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</li> <li>6. Hindari jaminan yang kosong</li> <li>7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang atau proses pengontrolan penyakit</li> </ol>

---

- 
9. Diskusikan pilihan terapi atau penanganannya
  10. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
  11. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan Kesehatan dengan cara yang tepat.
- 

*Sumber : Nuararif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018*

### **2.5.3. Implementasi keperawatan**

Tahap implementasi menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi atau permasalahan agar dapat berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan tersebut dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu postpartum sectio caesarea (Maryunani & Hartati, 2015).

### **2.5.4. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan hasil akhir yang diharapkan pada ibu postpartum dengan tindakan sectio caesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi deficit perawatan diri, dan dapat meningkatkan kemandiriannya. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat luka Sectio caesarea dapat teratasi (Maryunani & Hartati, 2015).