

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

**WISRO NOPIARTI
NIM: AKX. 16. 143**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Wisro Nopiarti

NPM : AKX. 16. 143

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

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

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacudalam naska ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apa bila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 07 April 2019

Yang Membuat Pernyataa



Wisro Nopiarti

AKX. 16. 143

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

OLEH

**WISRO NOPIARTI
AKX. 16. 143**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Pada Tanggal, 16 April 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Ade Tika H,S,kep.,Ners., M.Kep
NIK: 10107069**

Pembimbing Pendamping



**Iceu Komalanengsih,SKM
NIK: 102. 18. 003**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIK.:1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH
WISRO NOPIARTI
AKX. 16. 143**

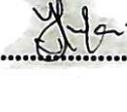
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Pada Tanggal, 16 April 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ade Tika H,S,kep.,Ners., M.Kep (.....)
(Pembimbing Utama)

Anggota :

- 1. Sri Lestari Kartikawati, S.ST., M.Keb** (.....)
(Penguji I)
- 2. Ingrid Dirgahayu, S.Kep., M.KM** (.....)
(Penguji II)
- 3. Iceu Komalanengsih, SKM** (.....)
(Pembimbing Pendamping)

**Menyetujui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**


Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK: 10107064
iv

ABSTRAK

Latar belakang: Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Pada pasien post operasi seringkali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat – obat analgesik yang efektif, namun nyeri pasca bedah tidak dapat diatasi dengan baik, sekitar 50% pasien tetap mengalami nyeri sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien. Nyeri merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensial atau adanya kerusakan jaringan. **Metode:** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien Post Operasi Seksio Sesaria dengan nyeri akut. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan kontrol nyeri dengan non farmakologi dan farmakologi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 teratasi sebagian pada hari ke 3, hal ini dikarenakan pada kasus 1 merupakan pertama kali pasien menjalani operasi dan pertama kali mengalami masa nifas, hal ini dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri dan pada kasus 2 masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi:** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada pasien Post Operasi Seksio Sesarea hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien. **Saran:** pihak rumah sakit sebaiknya mempertahankan pelayanan dan perawatan pada klien dengan nyeri akut post seksio sesarea dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai post seksio sesarea dan masalah nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Kata Kunci : *Asuhan keperawatan, Nyeri akut, Post Operasi Seksio Sesarea*
Terdiri dari : 14 buku (2009-2017), 2 jurnal (2013–2016), 1 Website

ABSTRACT

Background: *Cesarean section is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the front wall of the abdomen; Caesarean section can also be defined as a hysterotomia to give birth to a fetus from the uterus. In postoperative patients often experience severe pain even though effective analgesic drugs are available, but postoperative pain cannot be treated properly, about 50% of patients continue to experience pain so that it can interfere with patient comfort. Pain is an unpleasant sensory or emotional experience, which is associated with potential or tissue damage. Method: a case study that is to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. This causal study was carried out on two patients post-sectarian surgery patients with acute pain. Results: after nursing care by providing pain control nursing intervention with non-pharmacology and pharmacology, acute pain nursing problems in case 1 were partially resolved on day 3, this was because in case 1 it was the first time patients undergo surgery and first experience puerperal period, this can affect the response to pain and in the case of 2 nursing problems acute pain can be resolved on day 3. Discussion: patients with problems with acute pain do not always have the same response in patients Post Surgery This section of the Sarearea is affected by the condition or health status of the previous client. So the nurse must carry out comprehensive care to deal with nursing problems in each patient. Suggestion: the hospital should maintain services and care for clients with acute post-cesarean section pain and to the educational institution is expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding post-cesarean section and acute pain problems so as to increase students' scientific insights.*

Keywords : *Acute pain, nursing care, Post Operasi Sectio Caesaria.*
Consists of : 14 books (2009-2017), 2 journals (2013-2016), 1 website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis”**. Dengan sebaik baiknya.

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

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

1. H. Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika H,S,kep.,Ners selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Ice Komalanengsih,SKM selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Dedeh, S.ST selaku CI ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Ny. F dan Ny. E yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.
10. Kedua orang tuaku yang tercinta ayah Wancik dan Ibu Rismawati yang membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini. Kepada kakak Wiharta Rizki Utama, beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Para senior, sahabat dan teman-teman seperjuangan angkatan XII tahun 2016 yang ikut membantu, memotivasi dan bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 2 April 2018

Penulis

X DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembaran Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftra Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar lambang, singkatan dan istilah.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	6
2.1.1 Sectio Caesarea	6
1. Definisi Sectio Caesarea	6
2. Indikasi Sectio Caesarea	6
3. Klasifikasi Sectio Caesarea	7
4. Komplikasi	7

5. Pemeriksaan Penunjang	8
6. Patofisiologis.....	9
2.1.2 Masa Nifas	10
2.1.3 Anatomi Uterus	18
2.1.4 Konsep Nyeri	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.2.1 Pengkajian	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	45
2.2.3 Intervensi	46
2.2.4 Implementasi	67
2.2.5 Evaluasi	67
 BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	68
3.2 Batasan Istilah	68
3.3 Partisipan.....	69
3.4 Lokasi dan Waktu Peneliti	69
3.5 Pengumpulan Data	70
3.6 Uji Keabsahan Data.....	71
3.7 Analisis Data	72
3.8 Etik Penelitian	69
 BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 HASIL	76
4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan Data	76
4.1.2 Asuhan Keperawatan	77
4.1.3 Pengkajian	77
4.1.4 Diagnosa	88
4.1.5 Perencanaan	88
4.1.6 Pelaksanaan	90
4.1.7 Evaluasi	93

4.2 PEMBAHSAN	94
4.2.1 Pengkajian	94
4.2.2 Diagnosa.....	95
4.2.4 Perencanaan	98
4.2.5 Tindakan.....	99
4.2.6 Evaluasi	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	102
5.2 Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Uterus	20
---------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan normal ukuran uterus.....	11
Tabel 2.2 Perubahan lochea	14
Tabel 2.3 Intervensi nyeri akut.....	46
Tabel 2.5 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	48
Tabel 2.6 Intervensi ketidakefektifan pemberian ASI	50
Tabel 2.7 Intervensi gangguan eliminasi urine	52
Tabel 2.8 Intervensi gangguan pola tidur berhubungan dengan lemah	53
Tabel 2.9 Intervensi resiko infeksi	54
Tabel 2.10 Intervensi defisit perawatan diri.....	56
Tabel 2.11 Intervensi konstipasi	57
Tabel 2.12 Intervensi resiko syok	59
Tabel 2.13 Intervensi resiko perdarahan	62
Tabel 2.14 Intervensi defisiensi pengetahuan	64
Tabel 4.1 Hasil laboratorium	84
Tabel 4.2 Terapi obat	85

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Sectio Caesarea	9
---	---

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Lembar Persetujuan Jurnal
Lampiran IV	: JURNAL
Lampiran V	: Standar Oprasional Prosedur (SOP)
Lampiran VI	: Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VIII	: Lembar Observasi
Lampiran IX	: Lampiran Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

ASI	: Air Susu Ibu
SC	: Sectio Caesarea
WHO	: World Healty Organization
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
IASP	: International Association for the Study of Pain
ADL	: Activity of Daily Living
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
EKG	: Elektrokardiogram
USG	: Ultrasonografi
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
STIKes	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Cm	: Centi Meter
Kg	: Kilo Gram
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
TTV	: Tanda Tanda Vital
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
DO	: Data Objektiv
DS	: Data Subjektiv

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tindakan sectio caesarea dilakukan jika ada masalah pada proses persalinan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea adalah gawat janin, *disproporsi sepelopelvik*, persalinan tidak maju, plasenta previa, *prolapses* tali pusat, mal presentase janin/letak lintang, pinggul sempit dan preeklampsia (Jitowiyono S & Kristiyanasari W, 2010).

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2011, standar rata-rata resiko seksio sesarea disebuah negara adalah sekitar 5- 15% per 1000 kelahiran didunia, rumah sakit pemerintah rata – rata 11% sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30%. Permintaan seksio cesarea (SC) disejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahun (Judhita,2009). Angka kejadian sectio caesarea di Indonesia tercatat ibu yang melahirkan dengan sectio caesarea 17,6 % dari 78.736 angka kelahiran. Angka kejadian sectio ceasarea di Jawa Barat tercatat ibu yang melahirkan dengan sectio ceasarea 15,5 % dari 15.043 angka kelahiran (Risksedas, 2018) dan berdasarkan data dari Medical Record Rumah Sakit Daerah Ciamis tahun 2018, terdapat 13,45% ibu melahirkan dengan sectio caesarea dari 1.345 angka kelahiran.

Pembedahan dapat menyebabkan trauma bagi penderita, sedangkan anestesi dapat menyebabkan kelainan yang dapat menimbulkan berbagai

keluhan gejala. Keluhan harus didiagnosis agar dasar patologisnya dapat diobati. Keluhan dan gejala yang sering dikemukakan adalah nyeri, demam, takikardi, batuk atau sesak nafas, kolaps, semakin memburuknya keadaan umum, mual atau muntah, serta penyembuhan luka (Jong,2010). Menurut Walsh dalam Harnawati (2011) pada pasien post operasi seringkali mengalami nyeri hebat meskipun tersedia obat – obat analgesik yang efektif, namun nyeri pasca bedah tidak dapat diatasi dengan baik, sekitar 50% pasien tetap mengalami nyeri sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien

“Nyeri berdasarkan *International Association for the Study of Pain* (IASP) pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian – kejadian dimana terjadi kerusakan.” (Andarmoyo,2013). Dampak yang dapat timbul apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan Activity of Daily Living (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2009)

Penatalaksanaan nyeri dalam menangani klien post sectio caerarea adalah dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan dengan farmakologi yaitu dengan pemberian analgesik. Sedangkan, penatalaksanaan dengan non farmakologi yaitu terdiri dari berbagai

tindakan mencakup intervensi perilaku dan kognitif menggunakan agen – agen fisik meliputi stimulus kulit, stimulus elektrik saraf kulit, akupunktur dan pemberian placebo. Intervensi perilaku kognitif meliputi tindakan distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnotis, sentuhan terapeutik (Bernatzky,2011).

Berdasarkan yang dijelaskan di latar belakang, penulis tertarik untuk membuat studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut di Ruang Delima RSUD Ciamis”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Sectio Caesarea dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Delima RSUD Ciamis.

- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.
- 5) Melakukan evaluasi pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut di ruangan Delima RSUD Ciamis.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Diharapkan penelitian ini memberikan masukan bagi profesi dalam menambah pengetahuan keperawatan yang akan dilakukan pada klien post operasi sectio caesarea dengan masalah keperawatan Nyeri akut dalam mengurangi intensitas nyeri.

1.4.2. Praktis

1) Perawat

Dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam menurunkan intensitas nyeri pada klien post operasi sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2) Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien post operasi sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut dalam menurunkan

intensitas nyeri dengan menggunakan teknik rileksasi tarik nafas dalam dan teknik distraksi pendengaran.

3) Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya keperawatan maternitas pada pasien seksio sesarea tentang cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi pendengaran.

4) Klien

Dapat menambah wawasan dan informasi kepada pasien tentang bagaimana cara menurunkan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi pendengaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.4. Sectio Caesarea

2.1.1.1. Definisi Sectio Caesarea

Menurut Dr.dr. Imam Rasjidi, SpOG(K) (2009), Seksio sesarea didefinisikan sebagai jalan lahirnya janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Selain itu menurut Dr. Amru Sofian, SpOG(K) . Onk. MWALS (2013), Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

Dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan dengan pembedahan yaitu melalui sayatan dinding perut dan dinding uterus.

2.1.1.2. Indikasi Sectio Caesarea

1) Indikasi Ibu

- a. Panggul sempit absolut.
- b. Tumor – tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.

- c. Stenosis serviks/vagina.
- d. Plasenta previa.
- e. Disproporsi sefalopelvik.
- f. Ruptura uteri membatat.

2) Indikasi Bayi

- a. Kelainan letak.
- b. Gawat janin.

Pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan pada:

- a. Janin mati
- b. Syok, anemia berat, sebelum diatas.
- c. Kelainan kongenital berat (monster)

2.1.1.3. Klasifikasi Sectio Caesarea

- 1) Seksio sesarea klasik: pembedahan secara sanger
- 2) Seksio sesarea transperitoneal profunda (*supra cervicals*
= *lower segmen caesarean section*)
- 3) Seksio sesarea dikuti dengan histerektomi (*caesarean*
bysterectomy = seksio histerektomi)
- 4) Seksio sesarea ekstraperitoneal
- 5) Seksio sesarea vaginal

2.1.1.4. Komplikasi

Persalinan dengan tindakan pembedahan memiliki komplikasi lima kali lebih besar dibanding persalinan alami.

Komplikasi yang terjadi yaitu:

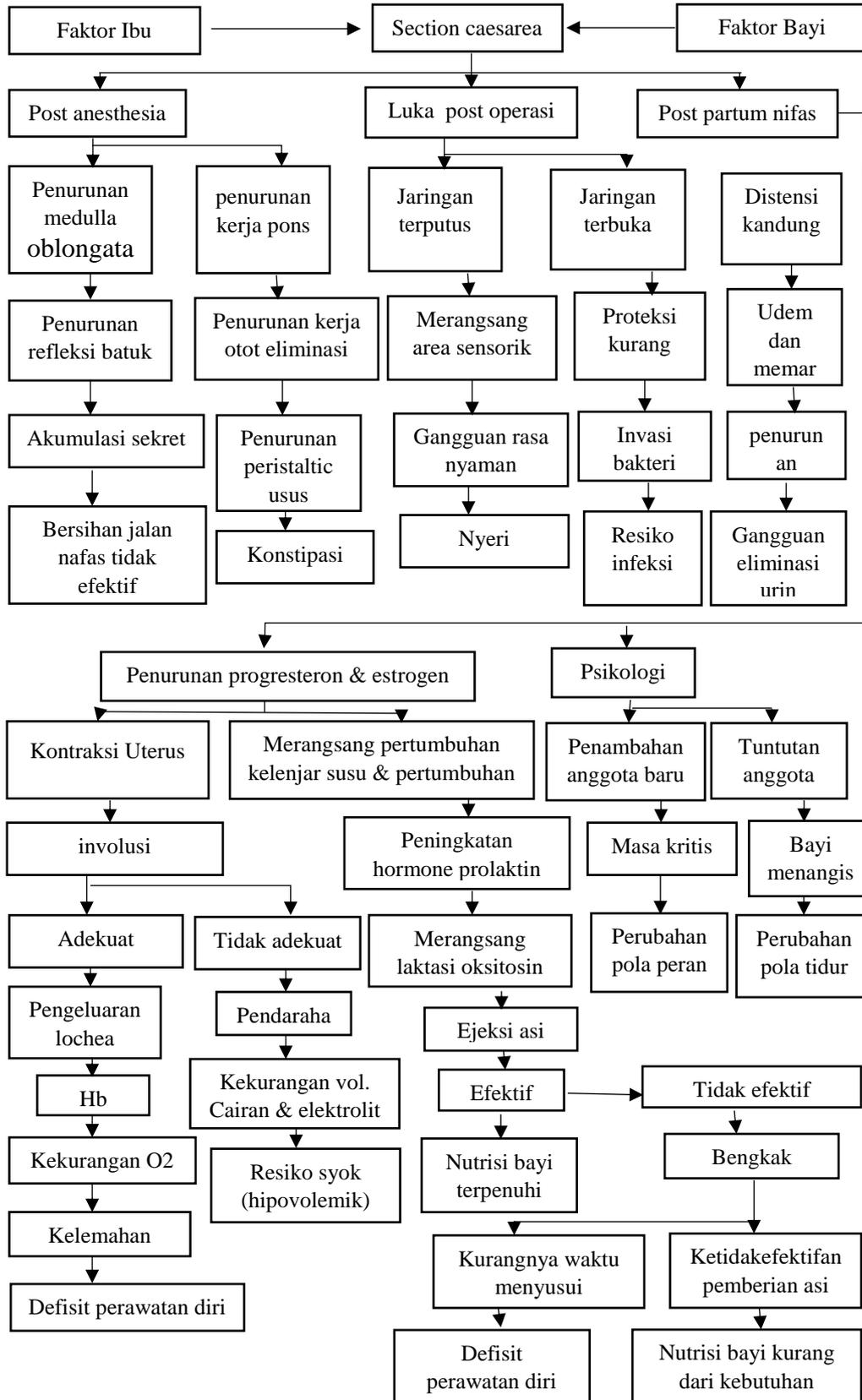
- 1) Syok Hipovolemik
- 2) Distensi kandung kemih.
- 3) Risiko ruptur uteri di persalinan berikutnya.
- 4) Endometriosis.
- 5) Risiko infeksi luka operasi karena robeknya kulit.
- 6) Hipoksia janin.

2.1.1.5. Pemeriksaan penunjang

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin.
- 2) Pemantauan EKG.
- 3) Elektrolit.
- 4) Pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit.
- 5) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- 6) Pemantauan ultrasonografi (USG).

2.1.1.6. Patofisiologi

Bagan 2.1
Pathway Sectio Caesare



2.1.4. Masa Nifas

2.1.2.1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu – minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks dibandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai dengan banyak perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga dapat terjadi. (Obstetri Williams, edisi 23. 2013) dan menurut Sulistyawati (2009) menyatakan bahwa masa nifas (Puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Biasanya masa nifas terjadi selama 6 minggu setelah persalinan.

2.1.2.2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu :

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Peurperium intermedial

Peurperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Remote peurperium

Remote peurperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2.1.2.3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Yanti (2011), perubahan fisiologi tubuh ibu pada masa nifas dapat digolongkan sebagai berikut :

1) Perubahan Fisiologis pada Sistem Reproduksi

Pada masa nifas, terjadi perubahan fisiologis dimana anggota tubuh kembali seperti sebelum hamil atau disebut juga dengan involusi. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan ukuran uterus pada masa nifas adalah

Tabel 2.1 Perubahan Normal Ukuran Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan dan simpisis	pusat 500 gram	7,5 cm
14hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Yanti, 2011

Perubahan fisiologis pada sistem reproduksi dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Involusi Uterus

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

(1) Iskemia miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta, sehingga uterus menjadi anemi dan serat otot atrofi.

(2) Atrofi jaringan

Saat plasenta lahir, hormon estrogen berhenti bekerja sehingga menimbulkan respon atrofi jaringan.

(3) Autolisis

Saat hamil, otot uterus mengendur hingga panjangnya 10 kali lebih panjang dan lebarnya 5 kali lebih lebar daripada saat sebelum hamil. Setelah plasenta lahir, terdapat enzim proteolitik yang memendekkan jaringan otot uterus tersebut.

Maka terjadilah autolisis yang merupakan proses penghancuran diri sendiri di dalam otot uterus.

(4) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan.

b. Involusi Tempat Plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, luka akan mengecil dengan cepat. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu.

c. Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fascia yang meregang akan kembali seperti sebelum hamil. Perubahan ligamen yang terjadi pasca melahirkan adalah

ligamentum rotundum, ligamen fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia.

d. Pengeluaran Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Warna dan ciri-ciri lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan lochea dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.2 perubahan lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisah dara
Sanguilent a	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisah dara bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/keco klatan	Lebih sedikit darah dan sebagian besar terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber: Yanti, 2011

e. Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan. Setelah beberapa hari persalinan, kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan dengan keadaan saat sebelum persalinan.

2) Perubahan Fisiologis pada Sistem Perkemihan

Pada masa nifas, kadar steroid tubuh menurun sehingga fungsi ginjal juga mengalami penurunan. Fungsi ginjal baru akan pulih dalam waktu satu bulan. Urine dalam jumlah besar baru akan dihasilkan dalam 12-36 jam setelah melahirkan.

3) Perubahan Fisiologis pada Sistem Muskuloskeletal

Menurut Yanti (2011), adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas meliputi dinding perut yang akan melonggar. Ketika dinding perut melonggar, kulit abdomen pun ikut melebar dan mengendur. Keadaan ini akan pulih kurang lebih dalam 6 minggu. Selain melonggar, akan muncul striae pada dinding abdomen. Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan hanya membentuk garis yang samar.

Beberapa gejala lain yang terjadi pada sistem muskuloskeletal saat masa nifas antara lain nyeri punggung bawah, sakit kepala dan nyeri leher, serta osteoporosis akibat kehamilan.

4) Perubahan Fisiologis pada Tanda-Tanda Vital

Perubahan fisiologis ibu nifas pada tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Tekanan darah ibu nifas biasanya cenderung normal. Akan tetapi apabila persalinan mengakibatkan pendarahan yang banyak, maka tekanan darah biasanya menurun. Denyut nadi ibu dapat juga normal maupun lebih cepat. Pada denyut nadi yang melebihi 100x/menit harus mewaspadai kemungkinan adanya infeksi atau pendarahan. Sedangkan pada respirasi, frekuensi cenderung lambat atau normal. Hal ini disebabkan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh ibu pasca melahirkan dapat naik kurang lebih 0,50 °C dari keadaan ibu normal. Kenaikan suhu tubuh diakibatkan dari usaha ketika melahirkan, kelebihan cairan atau kelelahan. Apabila suhu meningkat hingga 38,0 °C, perlu diwaspadai adanya infeksi.

2.1.2.4. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi ibu sudah dimulai sejak ibu hamil. Respon setiap ibu berbeda dalam menghadapi kehamilan dan kelahiran. Pada umumnya, ibu mengalami perubahan peran dan tanggung jawab, sehingga diperlukan dukungan positif dan adaptasi. Menurut Suherni dkk (2009), dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami beberapa fase, yaitu

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan. Fase ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus pada dirinya sendiri, ia akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir, dan ketidaknyamanan fisik yang dialaminya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir ibu akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

3) Fase Letting Go

Fase *letting go* adalah periode dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Pada fase ini keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya meningkat. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani perannya sebagai seorang ibu

2.1.3. Anatomi Uterus

2.1.3.1. Uterus

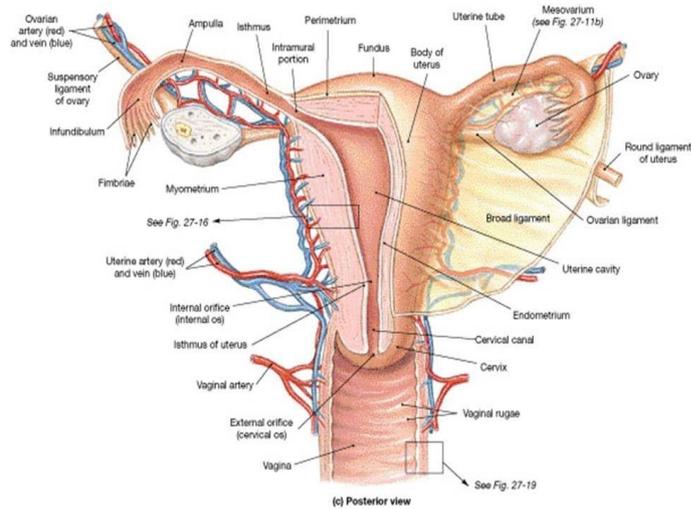
Uterus adalah organ muskuler berbentuk seperti buah pir terbalik yang berada di garis tengah rongga panggul antara kandung kemih dan rektum diatas vagina. Keempat ligamen yang menyokong uterus: ligamen kardinal, sakrouterina (atau uterosakral), rotundun (*round*), dan latum (*broad*). Ligamentum anterior dan posteriortunggal juga menyokong uterus. *Kavum dauglas* merupakan kantung dalam atau tempat tersembunyi diposterior serviks dan terbentuk oleh ligamentum poterior.

Uterus terbagi menjadi dua bagian utama: bagian atas yang berbentuk segitiga disebut *korpus* dan bagian bawah yang berbentuk silinder disebut *serviks* . *Fundus* merupakan atap uterus yang berbentuk kubah dan

merupakan tempat di mana tuba uterina memasuki uterus. Isthmus (bagian bawah sigmen uterus) merupakan bagian pendek, menyempit yang memisahkan bagian korpus dengan serviks

Didinding uterus terdiri atas tiga lapisan: endometrium, miometrium, dan bagian dari peritonium. Endometrium merupakan permukaan yang kaya akan vaskuler, terdiri atas tiga bagian, dua lapisannya akan luruh selama menstruasi. Miometrium terbentuk dari lapisan-lapisan otot polos yang memanjang dalam tiga arah berbeda (longitudinal, transversal, dan oblik). Serat longitudinal bagian terluar dari lapisan terluar miometrium terletak terutama di daerah fundus. Susunan ini membantu dalam proses pendorongan janin keluar dalam proses persalinan. Lapisan tengah mengandung serat dari tiga arah, yang membentuk gambaran segi delapan yang mengelilingi pembuluh darah besar. Susunan ini membantu kontriksi pembuluh darah setelah melahirkan dan mengontrol kehilangan darah. Sebagian besar serat sirkular dari lapisan terdalam miometrium mengelilingi tempat di mana tuba uterina memasuki uterus dan mengelilingi ostium serviks internal (pembukaan serviks). Serat-serat ini membantu serviks tetap tertutup selama

kehamilan dan mencegah darah menstruasi mengalir kembali ke tuba uterina selama menstruasi.



Uterus memiliki banyak fungsi. Uterus menerima dan menanamkan ovum yang telah difertilisasi serta kemudian memberikan nutrisi kepadanya selama kehamilan. Selama persalinan uterus berfungsi untuk mendorong janin keluar. Uterus juga merupakan organ untuk siklus menstruasi.

2.1.4. Konsep Nyeri

2.1.4.1. Nyeri

1) Definisi

Nyeri berdasarkan *international association for the study of pain* (IASP) pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensial atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan

yang diteruskan kesistem saraf pusat dan menimbulkan sesasi nyeri yang disebut nosisepsi.

2) Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain :

- a. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
- b. Kimia

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

3) Intensitas Nyeri

a. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala

yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.(Yudiyanta, Novita, 2015)

b. Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 1). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reduksi rasa nyeri. Digunakan pada pasien

anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi. (Yudiyanta, Novita, 2015)

c. Numeric Rating Scale (NRS)

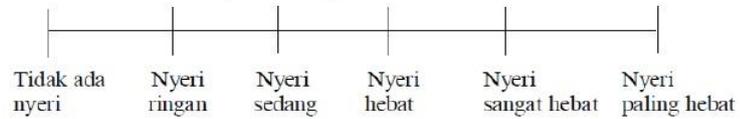
Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. (Yudiyanta, Novita, 2015)

d. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. (Yudiyanta, Novita, 2015)

Skala Pengukuran intensitas Nyeri

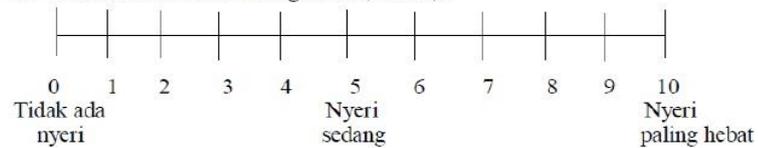
1. Skala intensitas nyeri deskriptif sederhana.



2. Visual Analogue Scale (VAS).

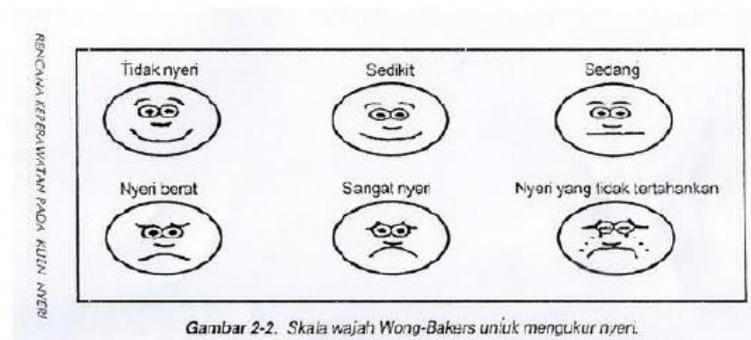


3. Verbal Numerical Rating Scale (VNRS).



(Dikutip dari Brunner & Suddarth, 2001)

4. Skala wajah Wong-Bakers



4) Klasifikasi nyeri

a. Berdasarkan patofisiologi

(1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivasi nosiseptor saraf A- δ dan C yang berlangsung secara terus – menerus oleh stimulus *noxious* (jejas, penyakit,

inflamasi). Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

- a) Nyeri viseral (berasal dari organ viseral)
- b) Nyeri somatik (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi, dan tulang)

(2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada sistem saraf pusat atau perifer atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada sistem saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolik (misal, diabetes), infeksi (misal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

b. Berdasarkan waktu

(1) Nyeri akut

Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun, kini dikenal definisi yang lebih luas, yaitu pengalaman komplek yang tidak menyenangkan, terkait dengan emosi,

kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur – angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasar. Nyeri akut biasanya bersifat nonseseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, *remodeling* neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tatalaksana nyeri akut dilakukan secara agresif

(2) Nyeri kronis

Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal yang tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada juga yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persisten yang

mengganggu tidur dan kehidupan sehari – hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

5) Fisiologi Nyeri

Secara garis besar, nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Nyeri pada post SC diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan. Nosisepsi adalah mekanisme yang menimbulkan nyeri nosiseptif dan terdiri dari proses transduksi, konduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Nyeri pada post SC sensitasi perifer berasal dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan (Vascopoulos & Lema, 2010).

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip. Sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibitas. Antara stimulus

cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif nyeri terdapat 4 proses tersendiri : *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *presepsi*.

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impluas nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan sebagi berikut serabut penghantar nyeri, atau *nosiseptor*. Serabut ini adalah A-delta dan C. *Sillent nociceptor*, juga terlibat dalam proses tranduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediator infalmasi.

Transmisi adalah suatu proses dimana implus disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian epanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir dikornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

Modulasi adalah proses amplifikasi siyal neural terakhir nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama

terjadi dikornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti *mu*, *kappa*, dan *delta* dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan medula oblongata, selanjutnya menuju ke medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi descending ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

Presepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Presepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang merespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nociceptor. Secara anatomis reseptor nyeri (*nociceptor*) ada yang bermielin dan ada yang tidak bermielin dari saraf aferen.

6) Intensitas nyeri

Nyeri yang dirasakan setiap orang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda. Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Maryunani, 2010).

7) Dampak nyeri

Dampak Nyeri Apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan Activity of Daily Living (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2009).

8) Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu :

a. Pendekatan farmakologis

Tatalaksana farmakologi yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.

b. Pendekatan non farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis

(terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah.

2.1.4.2. Manfaat Teknik Tarik Nafas Dalam

Karena banyak manfaat yang dapat diperoleh dari kegiatan bernapas dalam baik secara psikologis maupun fisiologis. Secara psikologis napas dalam dapat meredakan stress, mengurangi rasa cemas, membantu memperbaiki fisik dan mental, mengurangi rasa gugup dan amarah. Sedangkan secara fisiologi napas dalam dapat memperbaiki sirkulasi darah, meningkatkan fungsi paru serta dapat mengurangi rasa nyeri karena mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Menurut Smelzer (2002) dalam Ernawati (2009), teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan tegangan otot yang menunjang nyeri, ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri.

2.1.4.3. Teknik Distraksi Pendengaran

“Distraksi pendengaran merupakan salah satu teknik distraksi yang dapat dilakukan, teknik distraksi berfokus

pada pengalihan perhatian pasien sesuatu hal lain selain nyeri. Distraksi diduga dapat menstimulus sistem kontrol desenden sehingga mengeluarkan opiate endogen berupa endorfin, dinorfin dan nyeri dirasakan berkurang (Delaune & Ladner, 2010)”

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

2.2.1.1. Pengumpulan Data

- 1) Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, suku, nama, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor medical record, diagnosa medik, tanggal masuk, dan tanggal dikaji (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat serta hubungan dengan klien.

2.2.1.2. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Rwayat kesehatan sekarang menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) meliputi :

a. Keluhan Utama Masuk Rumah Sakit

Menguraikan mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan, penanganan yang pernah dilakukan sampai klien dibawa ke

rumah sakit dan penanganan pertama yang dilakukan saat di rumah sakit.

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

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

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah klien pernah mengalami penyakit yang sama (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita klien dan apakah keluarga klien juga mempunyai riwayat persalinan *sectio caesarea*.

2.2.1.3. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik

Riwayat ginekologi dan obstetrik menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Riwayat Ginekologi

Data ini penting untuk diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika klien mengalami

kesulitan post partum. Riwayat ginekologi pada klien post sectio caesarea meliputi :

a. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi yang harus dikaji menurut Sulistyawati (2009), adalah menarche atau usia pertama kali menstruasi. Pada wanita Indonesia usia pertama kali menstruasi umumnya 12-16 tahun. Selain itu, jarak antara menstruasi atau siklus menstruasi yang biasanya sekitar 23-32 hari dengan lama menstruasi sekitar 7-14 hari. Dikaji pula keluhan saat mengalami menstruasi, dan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu dan tanggal taksiran partus.

b. Riwayat Persalinan

Mengidentifikasi usia ayah dan ibu menikah, lama perkawinan, dan jumlah anak hasil perkawinan.

c. Riwayat Keluarga Berencana

Mengidentifikasi jenis kontrasepsi yang digunakan, masalah selama menggunakan

kontrasepsi, rencana menggunakan kontrasepsi berikutnya dan alasannya.

2) Riwayat Obstetrik

Riwayat obstetrik pada klien post sectio caesarea meliputi :

a. Riwayat Kehamilan

Riwayat kehamilan meliputi :

(1) Riwayat Kehamilan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kehamilan yang pernah dialami klien.

(2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Yang perlu dikaji yaitu pemeriksaan kehamilan saat ini, riwayat imunisasi, riwayat pemakaian obat selama hamil, dan keluhan selama hamil.

b. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan meliputi :

(1) Riwayat Persalinan Dahulu

Kaji riwayat kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas yang lalu, tahun persalinan, tempat persalinan, umur kehamilan, jenis kehamilan anak, BB anak, keluhan saat hamil, dan keadaan

anak sekarang, pernah SC atau tidak sebelumnya.

(2) Riwayat Persalinan Sekarang

Menjelaskan indikasi dilakukan sectio caesarea, kaji jam, tanggal, jenis kelamin bayi, BB, TB, LK, LB, dan APGAR SCORE.

c. Riwayat Nifas

Riwayat nifas meliputi :

(1) Riwayat Nifas Dahulu

Mengidentifikasi riwayat nifas sebelumnya.

(2) Riwayat Nifas Sekarang

Mengkaji riwayat nifas yang sedang terjadi meliputi jenis lochea, warna, bau, jumlah, dan disertai dengan tinggi fundus uteri.

2.2.1.4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari klien menurut Sulistyawati (2009), meliputi :

1) Pola Nutrisi

a. Makan

Menjelaskan dan membandingkan pola makan klien selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Perlu dikaji menu, frekuensi dan keluhan dalam makan. Pada menu makanan dikaitkan dengan pola diet berimbang bagi ibu. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh klien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi. Tenaga kesehatan dapat menanyakan pada klien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain), serta keluhan atau kesulitan klien dalam mengonsumsi makanan. 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.

b. Minum

Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam

sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

2) Pola Eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, warna, bau, dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

3) Istirahat Tidur Membandingkan istirahat tidur klien meliputi tidur siang dan malam klien beserta keluhannya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya mengetahui hambatan yang mungkin muncul. Dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur disiang dan malam hari. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sectio caesarea.

- 4) Personal Hygiene Mengidentifikasi pola personal hygiene klien berupa mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan ganti pakaian. Perlu dikaji berapa kali klien mandi dan ganti baju dalam sehari, frekuensi dan kapan ia keramas dan gunting kuku. Kemudian membandingkan polanya ketika hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit.
- 5) Aktivitas Menjelaskan perbandingan aktivitas klien selama hamil dan setelah melahirkan di rumah sakit. Data ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan tentang berapa berat aktivitas yang biasa dilakukan klien.

2.2.1.5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi:

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini, perawat perlu mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap

lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009).

2) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal atau adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,50 °C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 380 °C maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti, 2011).

3) Antropometri Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan Fisik Head to Toe Pemeriksaan Fisik yang dilakukan pada klien post sectio caesarea menurut Sulistyawati (2009) adalah :

a. Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan.

b. Telinga

Kaji bentuk, kebersihan telinga dan fungsi pendengaran.

c. Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman.

d. Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

e. Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan.

f. Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, bentuk payudara, tekstur, warna areola,

ada tidak pembengkakan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat (Reeder, 2009).

g. Abdomen

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

h. Punggung dan bokong

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

i. Genitalia

Umumnya pada ibu post sectio caesarea dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lochea.

j. Anus

Kaji kebersihan, fungsi mengedan, apakah terdapat benjolan hemoroid.

k. Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema.

2.2.1.6. Data Psikologis

Pada hari pertama sampai ketiga, klien berada pada fase taking in dimana klien fokus terhadap dirinya sendiri dan emosi klien labil (Suherni dkk, 2009). Pada hari ke 3-10 hari, ibu akan mengalami rasa khawatir dan takut tidak akan bisa menanggung tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi. Fase ini dinamakan fase taking hold. Setelah rasa khawatir terlewati, ibu akan mengalami fase letting go dimana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan bayinya dan keinginan ibu untuk merawat bayinya semakin meningkat. Fase ini biasanya terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan.

2.2.1.7. Data Sosial

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

2.2.1.8. Kebutuhan Bounding Attachment

Kaji interaksi antara ibu dan bayi, secara fisik, emosi, maupun psikologi (Suherni dkk, 2009).

2.2.1.9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Kaji pemenuhan kebutuhan seksual klien pada masa post sectio caesarea.

2.2.1.10. Data Spiritual

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

2.2.1.11. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

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

2.2.1.12. Data Penunjang

Biasanya berupa USG untuk menentukan letak implantasi plasenta, pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit (Sulistyawati, 2009)

2.2.1.13. Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

2.2.2. Analisa Data

Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada (Rencana Asuhan Keperawatan maternal dan bayi baru lahir Carol J. Green, 2012).

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) 2015, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum seksio sesarea yaitu: (Nurarif & Kusmana, 2015).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.
- 3) Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- 4) Gangguan eliminasi urine
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- 6) Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

- 7) Defisit perawatan diri : mandi atau kebersihan diri, makan toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- 8) Konstipasi
- 9) Resiko syok (hipovolemik)
- 10) Resiko pendarahan
- 11) Defisit pengetahuan : perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association 2015*

Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah (Nurarif, 2015) :

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

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
<p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau</p>	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan teknik manajemen nyeri 	<p>NOC Pain managemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk 	<p>1.Nyeri merupakan subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas modifikasi dan kemajuan penyembuhan, perubahan karakteristik nyeri dapat mengindikasikan abses atau peritonitis memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang tepat dan cepat.</p> <p>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat</p>

diprediksi dan berlangsung <6 bulan.	3. Mampu mengenali nyeri (skal, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	mengetahui pengalaman nyeri klien	mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal.
Karakteristik:	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian
• Perubahan selera makan		5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	3. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping klien dengan memfokuskan kembali perhatian
• Perubahan tekanan darah		6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau.	4. menurunkan laju metabolik dan iritasi usus dari toksin lokal dan bersirkulasi, yang membantu dalam meredakan nyeri dan meningkatkan penyembuhan, nyeri biasanya hebat dan memerlukan pengendalian nyeri opioid.
• Perubahan frekwensi jantung		7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	5. perubahan pada lokasi atau intensitas bukan tidak lazim terjadi, tetapi dapat mencerminkan perkembangan komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan dan berdifusi ke seluruh abdomen seiring percepatan proses inflamasi, nyeri dapat terlokalisasi jika abses terbentuk.
• Perubahan frekwensi pernapasan		8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	
• Laporan isyarat		9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.	
• Diaforesis		10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	
• Perilaku distraksi (mis, berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)		11. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan interpersonal)	
• Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis)		12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi	
• Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)		13. Berikan analagetik untuk mengurangi nyeri	
• Sikap melindungi area nyeri		14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.	
• Fokus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan		15. Tingkatkan istirahat.	
		16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.	

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

Faktor yang Berhubungan :

Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

Analgesic Adminitrasi

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

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

20. Cek riwayat alergi

21. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu

22. Tentukan pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal

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

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

25. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat

26. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala.

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

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

Tabel 2.2 Intervensi ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Bising usus hiperaktif • Kurang makanan • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat • Kesalahan konsepsi • Kesalahan informasi • Mambran mukosa pucat • Ketidakmampuan memakan makanan • Tonus otot menurun • Mengeluh gangguan sensasi rasa • Mengeluh asupan makanan kurang dan RDA 	NOC ❖ Nutritional Status : ❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake ❖ Nutritional Status: nutrient Intake ❖ Weight control Kriteria Hasil: ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan	NIC Nutrition Management <ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. • Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe • Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C • Berikan substansi gula • Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah 	1. Mengidentifikasi defisien dan kebutuhan untuk membantu dalam pilihan intervensi. 2. Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral 3. Penyesuaian diri mungkin di butuhkan untuk menghadapi penurunan kemampuan dalam memproses protein dan juga menurunkan nilai dan metabolisme dan tingkat aktivitas. 4. Penimbangan BB untuk memantau status nutrisi dan efektivitas intervensi.

- (recommended daily allowance) ❖ Tidak terjadi konstipasi
- Cepat kenyang setelah makan
 - Sariawan rongga mulut
 - Steatorea
 - Kelemahan otot pengunyah
 - Kelemahan otot untuk menelan
 - Faktor Yang Berhubungan:
 - Faktor biologis
 - Faktor ekonomi
 - Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi
 - Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
 - Ketidakmampuan menelan makanan
 - Faktor psikologis

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

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

Tabel 2.3 Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI Definisi: ketidakpuasan atau kesulitan ibu, bayi, atau anak menjalani proses pemberian ASI Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan suplai ASI • Bayi melengkung menyesuaikan diri dengan payudara 	NOC <ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding interrupted Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan 	NIC <ul style="list-style-type: none"> - Breastfeeding asistence - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat 	1. Upaya peningkatan produksi ASI, nutrisi, peningkatan frekuensi menyusui. 2. Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui. 3. Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian ASI. 4. Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor apakah posisi bayi

<ul style="list-style-type: none"> • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui • Bayi rewel dalam jam pertama setelah menyusui • Ketidakmampuan bayi untuk latch-on pada payudara ibu <p>secara tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menolak latching on • Tidak responsive terhadap kenyamanan lain • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Ketidakcukupan kesempatan untuk mengisap payudara • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosin • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui 	<p>bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <p>❖ Kemantapan Pemberian ASI : IBU : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <p>❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler</p> <p>❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI</p> <p>❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan megal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali</p>	<p>menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan</p> <p>terjaga)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif - Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting - Pantau integritas kulit puting ibu - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi <p>Breast Examination Lactation Supresion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik- 	<p>pada dada ibu dan apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting ibu.</p> <p>5. Untuk mengetahui kemampuan teknik menyusui yang dilakukan oleh ibu nifas.</p> <p>6. identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah/ membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.</p> <p>7. Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi.</p> <p>8. Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik.</p> <p>9. untuk membantu mempertahankan pemberian ASI</p> <p>10. Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI</p> <p>11. Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari pemberian susu formula. (deonges, 2018)</p>
---	---	--	---

- Penurunan berat badan bayi
 - Tidak mengisap payudara terus-menerus
- isarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI
- topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang
- Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula

Apabila penyapihan diperlukan informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai

Lactation Counseling

- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian

ASI

- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu

Diskusikan metode alternative pemberian makan bayi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.4 Gangguan Eliminasi Urine

Daignosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Diagnosa Keperawatan Gangguan Eliminasi Urine Definisi : Disfungsi eliminasi urine	NOC ❖ Urinary elimination ❖ Urinary Continence	NIC Urinary Retention Care - Lakukan penilaian kemih yang	1. Pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih, termasuk efektivitas pengosongan

<p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Inkontinensia • Nokturia • Retensi • Dorongan <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Penyebab multiple • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang 	<p>komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik - Menyediakan penghapusan privasi - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air 	<p>kandung kemih, fungsi ginjal dan keseimbangan cairan.</p> <p>2. perubahan karakteristik urine dapat mengidentifikasi ISK dan meningkatkan risiko sepsis. Driptik multistrip dapat memberikan penentuan nilai pH, nitrit, leukosit estrase secara cepat yang menunjukkan keberadaan infeksi atau penyakit perkemihan</p> <p>3. pemindaian kandung kemih bermanfaat dalam menentukan residu pasca berkemih. Selama fase akut, kateter indwelling digunakan untuk mencegah retensi urine dan memantau keluaran urine. Kateterisasi intermitten mungkin di implementasikan untuk mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan penggunaan kateter indwelling jangka panjang (Deonges, 2018)</p>
---	---	---	--

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

5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola tidur

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi	rasional
Gangguan pola tidur Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	NOC ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Pain level	NIC Sleep Enhancement • Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur	1.Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.

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

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

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

Tabel 2.6 Resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	1. Menurunkan resiko
Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	❖ Immune Status	Infection Control	kontaminasi
Faktor Resiko :	❖ Knowledge	: (Kontrol infeksi)	2. Membatasi introduksi ke dalam tubuh, deteksi dini/
	Infection control	- Bersihkan lingkungan setelah	
	❖ Risk control		

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

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

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

Tabel 2.7 Defisit perawatan diri

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>Definisi : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi / aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan menjangkau sumber air • Ketidakmampuan mengatur air mandi • Ketidakmampuan membasuh tubuh <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kognitif • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Activity Intolerance ❖ Mobility: physical Impaired ❖ Self Care Deficit Hygiene ❖ Sensory perception, Auditory disturbed. <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat 	<p>NIC</p> <p>Self-Care Assistance: Bathing / Hygiene</p> <p>-</p> <p>Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>-</p> <p>Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</p> <p>-</p> <p>Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>-</p> <p>Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</p> <p>-</p> <p>Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</p> <p>-</p> <p>Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</p> <p>-</p> <p>Memfasilitasi gigi pasien menyikat</p>	<p>1. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.</p> <p>2. klien ini mungkin merasakan ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan diri dan meningkatkan pemulihan.</p> <p>3. Memberikan keamanan ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung akibat terjatuh.</p>

• Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh	mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	- Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai
• Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial	❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	- Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
• Gangguan muskuloskeletal		- Memantau integritas kulit pasien
• Gangguan neuro muskular	❖	- Menjaga kebersihan ritual
• Nyeri	Membersihkan dan mengeringkan tubuh	- Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai
• Gangguan persepsi	❖	
• Ansietas berat	Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa
		- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.

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

8. Konstipasi

Tabel 2.8 Intervensi Konstipasi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Konstipasi Definisi: Penurunan pada frekuensi normal pada defeksi	NOC ❖ elamination ❖ Hidration	NIC Bowel Constipation/impaction managemen	1. Distensi abdomen dan ketiadaan bising usus mengindikasikan bahwa usus tidak berfungsi. Kemungkinan penyebab

<p>yang disertai oleh kesulitan atau pengeuaran tidak lengkap feses atau pengeluaran feses yang kering, keras dan banyak.</p>	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feses lunak dan berbentuk. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala konstipasi • Monitor bising usus • Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume • Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising us • Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis • Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi • Dukung intake cairan • Pantau tanda dan gejala konstipasi • Pantau tanda dan gejala impaksi • Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna. • Memantau bising usus • Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan 	<p>dapat berupa hilangnya inervasi parasimpatik sistem gasreointestinal secara mendadak.</p> <p>2. Makanan padat tidak dimulai hingga bising usus kembali, flatus keluar dan bahaya pembentukan ileus telah berkurang</p> <p>3. Mungkin diperlukan untuk mengurangi distensi abdomen dan meningkatkan pengembalian kebiasaan usus normal.</p>
<p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia (misal: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu) • Borborigmi • Darah merah pada feses • Perubahan pada pola defeksi • Penurunan frekuensi • Penurunan volume feses • Distensi abdomen • Rasa rektal penuh • Rasa tekanan rektal • Keletihan umum • Feses keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Peningkatan tekanan abdomen 			

- Tidak dapat makan, mual
 - Rembesan feses cair
 - Nyeri pada saat defekasi
 - Massa abdomen yang dapat diraba
- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat
 - Timbang pasien secara teratur
 - Timbang pasien secara teratur.
 - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
 - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu Untuk revolusi
 - sembelit

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

9. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.9 Intervensi Resiko Syok

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi : Beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Syok prevention ❖ Syok management 	<p>Syok prevention</p> <p>- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill.</p>	<p>1. Vasokontriksi adalah respon simpatis untuk menurunkan volume sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemebrian vasoprepsis.</p> <p>2. Disritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi hipotensi, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.</p> <p>3. Mengidentifikasi hipoksemia dan</p>
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensi • Hipovolemi • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan • Monitor suhu dan pernafasan • Monitor input dan output 	

- Sepsis
 - Sindrom respons inflamasi sistemik
- ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan
 - ❖ Natrium serum dalam batas normal
 - ❖ Kalium serum dalam batas normal
 - ❖ Klorida serum dalam batas normal
 - ❖ Kalsium serum dalam batas normal
 - ❖ Magnesium serum dalam batas normal
 - ❖ PH darah serum dalam batas normal
 - ❖ Indikator :
 - ❖ Mata cekung tidak ditemukan
 - ❖ Demam tidak ditemukan
 - ❖ Tekanan darah dalam batas normal
 - ❖ Hematokrit dalam batas normal
- Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit efektifitas serta kebutuhan terapi.
 - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai
 - Monitor tanda dan gejala asites
 - Monitor tanda awal syok
 - Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat
 - Lihat dan pelihara kepatenan jalan
 - Nafas
 - Berikan cairan IV dan atau oral yang
 - Tepat
 - Berikan vasodilator yang tepat
 - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok
 - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok
 - Syok management
 - Monitor fungsi neurologis
 - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr : Lavel)
 - Monitor tekanan nadi
-

- Monitor status cairan, input, output
 - Catat gas darah arteri dan oksigen
 - Dijaringan
 - Monitor EKG, sesuai
 - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi
 - pembacaan tekanan darah, sesuai
 - Menggambar gas darah arteri dan
 - memonitor jaringan oksigenasi
 - Memantau tren dalam parameter
 - hemodinamik (misalnya, CVP, MAP,
 - tekanan kapiler pulmonal / arteri)
 - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen (misalnya, PaO₂ kadar hemoglobin SaO₂, CO), jika tersedia
 - Memantau tingkat karbon dioksida
 - sublingual dan / atau tonometry
 - lambung, sesuai
 - Memonitor gejala gagal pernafasan
 - (misalnya, rendah PaO₂ peningkatan
-

- PaCO₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)
- Monitor nilai laboratorium (misalnya,
- CBC dengan diferensial) koagulasi
- profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)
- Masukkan dan memelihara besarnya
- kobosanan akses IV

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

10. Resiko perdarahan

Tabel 2.10 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	1. Tentukan lokasi perdarahan.
Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan.	❖ Blood lose severity	Bleeding precautions	2. Perubahan TD dan denut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 10 menandakan penurunan volume 15-30%, atau kira kira 1.000 mL hipotensial postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi.
Faktor Resiko :	Kriteria Hasil:		3. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah dan memantau efektivitas terapi.
• Aneurisme	❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis	• Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	4. Aktivitas muntah dapat menyebabkan
• Sirkumsisi		• Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	
• Defisiensi pengetahuan	❖ Kehilangan darah yang terlihat	• Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	
• Koagulopati intravaskuler diseminata	❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole	• Monitor TTV ortostatik	
• Riwayat jatuh			
• Gangguan gastrointestinal	❖ Tidak ada perdarahan pervagina	• Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	

- (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) ❖ Tidak ada distensi abdominal
 - Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis) ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal
 - Koagulopati inheren (mis, trombositopenia) ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal
 - Komplikasi pascapartum (mis, atoni uteri, retensi plasenta)
 - Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)
 - Trauma
 - Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)
 - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) tekanan intra abdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.
 - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Penggantian cairan dengan larutan kristaloid isotonik bergantung pada derajat hipovolemik dan durasi perdarahan.
 - Hindari mengukur suhu lewat rectal
 - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant
 - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K
 - Hindari terjadinya konstipasi dengan
 - menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses
 - Bleeding reduction
 - Identifikasi penyebab perdarahan
 - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonar
-

y capillary /
artery wedge
pressure

- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
- Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)
- Pertahankan patensi IV line
- Bleeding reduction: wound/luka
- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan

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

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

Tabel 2.11 Intervensi defisit pengetahuan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	intervensi	rasional
Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	NOC ❖ Knowledge : disease proses ❖ Knowledge : healt beavior	NIC Treching : disease proses • Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	1. sediakan pengetahuan dasar dimana klien dapat membuat pilihan. 2. Meningkatkan kompetensi perawatan diri dan meningkatkan kemandirian. 3. Mengurangi potensial infeksi yang diperoleh.
Batasan Karakteristik: • Perilaku hiperbola	Kriteria Hasil: ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman	• Gambarkan tanda dan	

- Ketidakakuratan mengikuti perintah tentang penyakit, kondisi, prognosis, program pengobatan.
 - Ketidakakuratan mengikutites(mis., ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
 - hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) ❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.
 - Pengukuran masalah Faktor yang berhubungan: ❖ Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.
 - Keterbatasan kognitif
 - Salah intepretasi informasi
 - Kurang pajanan
 - Kurang minat dalam belajar
 - Kurang dapat mengingat
 - Tidak familiar dengan sumber informasi
 - gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
 - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat
 - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat
 - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat
 - Hindari jaminan yang kosong
 - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
 - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan dating dan atau proses pengongtrolan penyakit
 - Diskusikan pilihan terapi atau penanganann
 - 4. Meningkatkan dukungan untuk klien selama periode penyembuhan dan memberikan evaluasi tambahan pada kebutuhan yang sdang berjalan atau berikan perhatian.
-

- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan
- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

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

2.2.5. Implementasi

Menurut Mitayani tahun 2009 dalam buku “asuhan keperawatan maternitas” implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisa dan kesimpulan keperawatan dan bukan anas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.

2.2.6. Evaluasi

Menurut Mitayani tahun 2009 dalam buku “asuhan keperawatan maternitas” evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai

.