

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OP SECTIO CAESAREA  
DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PENGELUARAN ASI  
DI RUANG KALIMAYA BAWAH  
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Disusun Oleh :

**YUNALIA FARIDA  
AKX.16.148**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
BHAKTI KENCANA  
BANDUNG  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Yunalia Farida

NIM : AKX.16.148

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Post Op Sectio Caesarea Dengan Ketidakefektifan Pengeluaran ASI Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD dr. Slamet Garut

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 diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/ jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 25 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan

  
Yunalia Farida

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OPERATIF  
SECTIO CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD  
DR. SLAMET GARUT**

**OLEH  
YUNALIA FARIDA  
AKX.16.148**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 23 Mei  
2019

**Menyetujui,**

**Pembimbing Ketua**



**Inggrid Dirgahayu, S.Kep., M.Kep., MKM**  
**NIP 10104019**

**Pembimbing Pendamping**



**Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., MKep**  
**NIP 10104025**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi D III Keperawatan**



**Tuti Supranti, S.Kp., M.Kep**  
**NIP 1011603**





**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OPERATIF  
SECTIO CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN  
PENGELUARAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD  
DR. SLAMET GARUT**

**OLEH  
YUNALIA FARIDA  
AKX.16.148**

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,

**PANITIA PENGUJI**

- Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., MKM (  )  
(Pembimbing Utama)
- Anggota :
1. Tuti Suprpti, S.Kp., M.Kep (  )
  2. Sri Lestari Kartikawati, S.ST., M.Keb (  )
  3. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep (  )  
(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui,  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua



Rd. Siti Jundjah, S.Kp., M.kep  
NIR / 1010670641

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP SECTIO CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PENGELUARAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT”** dengan sebaik-baiknya.

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

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., M.H.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners. selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Ingrid Dirgahayu, MKM. selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Deti Fuji Adianti, S.Kep., Ners selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda H.Inang Saputra S.Pd dan Ibunda Hj.Titin Kartini, Kaka Desi Intiani S.Tr.Keb, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
10. Untuk teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan XII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, Mei 2019

Yunalia Farida

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan tujuan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi. Masalah yang muncul pada klien *sectio caesarea* dapat terjadi karena nyeri post operasi yang menyebabkan ibu kesulitan untuk menyusui, stress, ansietas (kecemasan), terlambat untuk melakukan inisiasi menyusui dini, selain itu rendahnya informasi dan pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar pada ibu post *sectio caesarea* akan mengakibatkan gangguan laktasi. **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 ketidakefektifan pemberian ASI. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah ketidakefektifan ASI pada dua klien teratasi pada hari ke tiga. **Diskusi:** Klien dengan masalah ketidakefektifan pemberian ASI tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien post op *sectio caesarea* hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : *Asuhan keperawatan Post sectio caesarea, Ketidakefektifan pemberian ASI*

Daftar Pustaka : 20 Buku, Jurnal 3 (2015-2017), 30 Tabel

## ABSTRACK

**Background:** *Sectio caesarea* is an action carried out with the aim of giving birth to a baby through an incision in the intact uterine wall to save the life of the mother and baby. Problems that arise in *sectio caesarean* clients can occur because of postoperative pain which causes the mother to have difficulty in breastfeeding, stress, anxiety (anxiety), late to initiate early breastfeeding, besides the low information and knowledge about correct breastfeeding techniques in the mother post *sectio caesarea* will cause lactation disorders. **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 case study was conducted on two patients who were ineffective in breastfeeding. **Results:** After nursing care by providing nursing interventions, the problem of ineffectiveness of breast milk in two clients was resolved on the third day. **Discussion:** Clients with ineffective problems with breastfeeding do not always have the same response in each postoperative patient with caesarean section, this is affected by the condition or health status of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keyword: *Nursing Care, Post sectio caesarea, Ineffectiveness of breastfeeding*

Bibliography: 20 Books, Journal 3 (2015-2017), 30 Tables

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktisi.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Konsep Sectio Caesarea .....	7
2.1.2 Anatomi Sistem Abdomen .....	7
2.1.2.1 Teknik Sectio Caesarea .....	11
2.1.3 Etiologi.....	14
2.1.4 Patofisiologi .....	16



2.1.5 Kasifikasi.....	17
2.1.6 Indikasi.....	17
2.1.7 Komplikasi .....	18
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik.....	19
2.1.9 Penatalaksanaan Medik .....	19
2.2 Konsep Dasar Nifas.....	21
2.2.1 Definisi Nifas .....	21
2.2.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas .....	22
2.2.3 Tahapan Masa Nifas.....	23
2.2.4 Adaptasi Fisiologi Post Partum.....	23
2.2.5 Adaptasi Fisiologi Ibu Dalam Masa Nifas .....	29
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....	32
2.4.1 Pengkajian .....	32
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	45
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	46
2.4.4 Implemetasi Keperawatan .....	74
2.4.5 Evaluasi Keperawatan .....	74
2.5 Konsep Dasar Laktasi.....	74
2.5.1 Proses Laktasi Dan Menyusui .....	75
2.5.2 Manfaat Menyusui.....	75
2.5.3 Perawatan Payudar .....	76
<b>BAB III METODE PENELITIAN KTI.....</b>	<b>78</b>
3.1 Batasan Penelitian .....	78
3.2 Batasan Istilah .....	78
3.3 Responden/Subyek Penelitian.....	79
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	79
3.5 Pengumpulan Data .....	79

3.6 Uji Keabsahan Data.....	80
3.7 Analisa Data.....	80
3.8 Etik Penulisan.....	82
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>85</b>
4.1 Hasil .....	85
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	84
4.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	85
4.1.2.1. Pengkajian.....	85
4.1.2.2. Analisa Data.....	100
4.1.2.3. Diagnosa Keperawatan.....	104
4.1.2.4. Intervensi Keperawatan.....	110
4.1.2.5. Implementasi.....	113
4.1.2.6. Evaluasi .....	119
4.2 Pembahasan.....	120
4.2.1 Pengkajian.....	121
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	122
4.2.3 Intervensi .....	126
4.2.4 Implementasi .....	127
4.2.5 Evaluasi .....	128
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>130</b>
5.1 Kesimpulan .....	130
5.2 Saran.....	132
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen.....	9
Gambar 2.2 Segmen Ventrikanal dan Segmen Horizontal.....	12
Gambar 2.3 Insisi Klasik dan Insisi Transversal.....	14

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan nafas .....	47
Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut.....	49
Tabel 2.6 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi .....	52
Tabel 2.7 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI .....	54
Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Eleminasi Urine .....	56
Tabel 2.9 Intervensi Gangguan Pola Tidur .....	57
Tabel 2.10 Intervensi Resiko Infeksi .....	59
Tabel 2.11 Intervensi Defisit Perawatan Diri .....	61
Tabel 2.12 Intervensi Konstipasi .....	64
Tabel 2.13 Intervensi Resiko Syok .....	67
Tabel 2.14 Intervensi Resiko Perdarahan .....	69
Tabel 2.15 Intervensi Defisit Pengetahuan .....	72
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	84
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan .....	85
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetric .....	86
Tabel 4.4 Perubahan Aktivitas Sehari-hari .....	89
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik .....	90
Tabel 4.6 Data Psikologi .....	95
Tabel 4.7 Data Sosial .....	95

Tabel 4.8 Kebutuhan Bounding Attachment .....	96
Tabel 4.9 Kebutuhan Pemenuhan Seksual .....	97
Tabel 4.10 Data Spiritual.....	97
Tabel 4.11 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri .....	97
Tabel 4.12 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	98
Tabel 4.13 Program dan Rencana Pengobatan .....	98
Tabel 4.14 Analisis Data .....	99
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan .....	103
Tabel 4.16 Intervensi .....	109
Tabel 4.17 Implementasi .....	112
Tabel 4.18 Evaluasi .....	118

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi
- Lampiran II Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Sectio Caesarea .....	16
---	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Lembar Justifikasi
Lampiran V	Riview Artikel
Lampiran VI	Catatan Revisi Ujian KTI
Lampiran VII	Jurnal



## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
SC	: Sectio Caesarea
EEG	: Elektroensefalogram
MRI	: Magneti Resonance Imaging
PET	: Positron Emission Tomography
AGD	: Analisa Gas Darah
CT	: Clothing Time
KB	: Keluarga Berencana
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
LH	: Luteinizing Stimulating Hormone
FSH	: Follicle Stimulating Hormone
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
NANDA	: The North American Nursing Diagnosis Association
PES	: Problem Etiologi Simtom
SOAP	: Subjektif Objektif Analisis data Perencanaan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
CT-SCAN	: Computerized Tomography Scanner
UGD	: Unit Gawat Darurat
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
LBP	: Low Back Pain
TBC	: Tuberculosis
DM	: Diabetes Mellitus
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
TP	: Tafsiran Persalinan
IUD	: Intra Uterine Device
TT	: Tetanus Toksoid
WIB	: Waktu Indonesia Barat

BB	: Berat Badan
KG	: Kilogram
CM	: Sentimeter
LD	: Lingkar Dada
LK	: Lingkar Kepala
PB	: Panjang Badan
Cc	: Cubic Centimeter
C	: Celcius
TTV	: Tanda Tanda Vital
RR	: Respiratory Rate

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba,1998). Terdapat dua metode persalinan yaitu persalinan buatan dan persalian normal. Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau atau dilakukan operasi *sectio caesarea* (Sarwono, 2005).

Data menurut *Word Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, menyatakan selama hampir 30 tahun tingkat persalinan operasi *sectio caesarea* menjadi 10% sampai 15% dari semua proses proses persalinan di Negara-negara berkembang. Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi *sectio caesarea* sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018, dengan proporsi tertinggi di Bali (30,2%) dan terendah di Papua (6,7%) di Jawa Barat (15,5%) jadi, di daerah jawa barat persalinan pada perempuan melalui operasi *sectio caesarea* termasuk dalam tingkat sedang. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari hasil data rekapitulasi kebidanan RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2018, didapatkan data kasus persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* sebanyak

1.433 kasus ( Sumber laporan medikal record Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut ) .

*Sectio caesarea* adalah suatu tindakan yang dilakukan dengan tujuan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi. Masalah yang dapat muncul pada pasien post *sectio caesarea* seperti nyeri akut, ketidakefektifan pemberian ASI, ketidakefektifan jalan nafas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, hambatan eliminasi urine, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri : mandi, konstipasi, risiko syok, dan defisiensi pengetahuan (Nurarif & Kusuma 2015).

Masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada klien post *sectio caesarea* terjadi karena nyeri post operasi sehingga menyebabkan ibu sulit untuk proses pengeluaran laktasi, ansietas, kurangnya pengetahuan tentang menyusui yang benar pada ibu *post sectio caesarea* akan mengakibatkan gangguan laktasi (Wulandari & Dewanti,2014). Sehingga menurut Chuningham (2013), wanita yang tidak menyusui dapat mengalami pembengkakan payudara, kelainan puting susu, nyeri payudara, sumbatan saluran susu, radang payudara yang memuncak pada hari ke-2 sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Jika tidak segera dilakukan perawatan payudara pada ibu, maka akan berakibat radang atau mastitis.

Hambatan dalam waktu pengeluaran kolostrum karena beberapa hal, selain kadar hormon prolactin dan oksitosin yang dapat mempengaruhi pengeluaran kolostrum pada ibu adalah penggunaan obat-obatan saat dilakukan operasi

*sectio caesarea*. Obat-obatan yang diberikan pada saat operasi *sectio caesarea* digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada saat operasi, namun setelah operasi selesai nyeri yang timbul akibat efek yang hilang dari obat bius dapat mempengaruhi ibu dalam memberikan perawatan pada bayi, sehingga dapat menyebabkan ibu menunda untuk menyusui dan menimbulkan keterlambatan dalam pengeluaran kolostrum. Masalah inilah yang menimbulkan ketidakefektifan pemberian ASI terhadap ibu dan bayi.

Dampak dari ketidakefektifan ASI yaitu daya tahan tubuh atau antibodi kurang sempurna, sehingga bayi rentan terhadap timbulnya penyakit, perkembangan otak kurang optimal, perkembangan motorik mengalami keterlambatan, dampak psikologis kedekatan dengan ibu kurang optimal dan asupan nutrisi bayi kurang terpenuhi (Nurjanah,2015).

Air susu ibu atau ASI merupakan sumber gizi utama bayi yang belum dapat mencerna makanan padat. ASI merupakan sumber makanan terbaik bagi bayi karena memiliki begitu banyak zat penting yang bagus guna meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit. Hasil penelitian (Amalia, 2016) menyatakan bahwa ASI adalah makanan bayi yang tidak adaandingannya. Makanan bayi dan susu yang dibuat dengan teknologi masa kini tidak mampu menggantikan sumber makanan yang menakjubkan ini (Kodrat, 2010).

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pengeluaran ASI. Dalam hal ini penulis

menuangkannya melalui karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA POST OPERATIF SECTIO CAESAREA DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN PENGELUARAN ASI DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* yang mengalami ketidakefektifan pengeluaran ASI di ruang kalimaya bawah RSUD dr. Slamet Garut ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio-psiko-sosial dan spiritual pada ibu post *sectio caesarea* yang mengalami ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr. Slamet Garut.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr Slamet Garut.

- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post *section caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI di RSUD dr Slamet Garut.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pemberian ASI.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan post *sectio caesarea* dengan masalah keperawatan ketidakefektifan pengeluaran ASI.

b. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien post *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI.

c. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* dengan ketidakefektifan pengeluaran ASI.



## BAB II

### TINJAUAN KASUS

#### 2.1 Konsep Teori

##### 2.1.1 Konsep *Sectio Caesarea*

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sarwono, 2010).

Suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim dengan syarat Rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Winokjisastro, 2010).

Jadi, *seksio caesarea* merupakan proses persalinan yang berlangsung dengan menggunakan bantuan tenaga dari luar melalui insisi pada abdomen dan uterus untuk mengeluarkan bayi yang ada dalam rahim ibu dengan keadaan selamat.

##### 2.1.2 Anatomi Sistem Abdomen

Pemahaman tentang anatomi pelvis dan dinding abdomen bawah abdomen wanita penting bagi praktek obstetris. Bila terdapat variasi yang bermakna dalam struktur anatomi masing-masing wanita (Williams, 2012).

Kuadran abdomen dibagi menjadi 9 *regio* oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal (Rasmiji,2009):

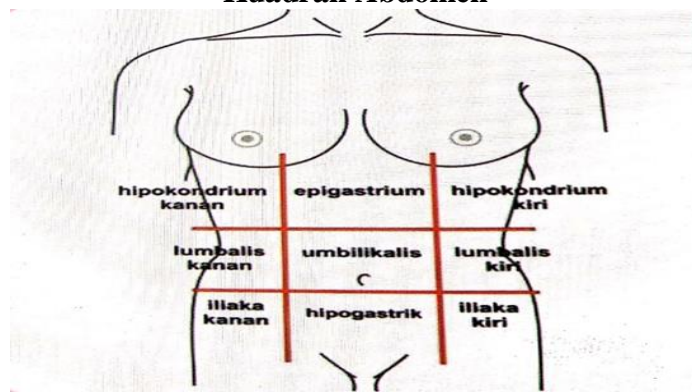
1. Garis vertikal melalui pertengahan antara SIAS (*Spina Iliaca Anterior Superior*) dan *simfisis pubis*.
2. Garis horizontal bidang *subskostalis*, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberangan dengan vertebra lumbalis III. Bidang *intertuberkularis*, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbal V.

Organ-organ yang terdapat di 9 regio yaitu :

- a. Hipokandrium kanan terdapat hati, kandung empedu, sebagian duodenum, seperdua atas ginjal kanan, kelenjar suprarenal
- b. Epigastrium terdapat aorta, lambung, pankreas dan sebagian hati.
- c. Hipokandrium kiri terdapat limpa, lambung, ekor pankreas, seperdua atas ginjal kiri dan kelenjar suprarenal.
- d. Lumbalis kanan terdapat kolon asenden, seperdua bawah ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum
- e. Umbilikal terdapat omentum, bagian bawah duodenum, sebagian jejunum dan ileum

- f. Lumbalis kiri terdapat kolon desenden, sepertua bawah ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum
- g. Iliaka kanan terdapat apendiks, sektrum, ujung bawah ileum, ureter kanan, saluran sperma kanan, ovarium kanan
- h. Hipogastrik terdapat organ ileum, kandung kemih dan uterus
- i. Iliaka kiri terdapat ovarium kiri, saluran sperma kiri, ureter kiri, dan kolon sigmoid.

**Gambar 2.1**  
**Kuadran Abdomen**



sumber : Rasmiji, (2009)

Dinding Abdomen dari bagian luar ke bagian dalam terdiri dari kulit, jaringan subcutis, fascia super cialis, otot-otot perut dan bagian punggung. Kulit abdomen mempunyai turgor yang bervariasi, pada wanita yang telah melahirkan anak, turgornya berkurang sehingga kulit menjadi lembek dan keriput. Pada penderita dehidrasi turgor kulit juga berkurang (Widjaja, 2009).

Otot dinding ventral abdomen : *M.rektus abdominalis* dan *m.piramidalis*. Otot-otot dinding lateral abdomen : *m.obliquus*

*abdominis eksternus*, *m. Obliquus abdominis internus*, dan *m.transversus abdominis*. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu *aponeurosis* (lapis tendon datar luas) ini nampak sebagai suatu garis yang disebut *linea alba*. Sarung rektus berguna sebagai retikulum yang mempertahankan *m.rektus abdominis* tetap pada posisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeuris dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak di atas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh *linea arkuata*. Diatas *linea arkuata*, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina superior. Susunan serabut dinding abdomen sejajar dengan serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada insisi vertikal akan mendapatkan tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia. Fungsi otot abdomen untuk pergerakan dan untuk melindungi alat-alat dalam abdomen.

Peritonium merupakan serabut tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritonium di bagi menjadi dua :

1. *Peritonium perietalis* langsung melekat pada dinding abdomen

2. *Peritonium visceralis* meliputi organ visceralis, peritoneum yang menghunung organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

Peritonium parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

Kavum peritoneum dibagi menjadi dua :

1. *Saccus major*
2. *Saccus minor*

Pada wanita, kavum peritoneum mempunyai dua lubang, yaitu kedua ostium tuba uteria (Rasmiji,2009).

#### **2.1.2.1 Teknik Sectio Caesarea**

Beberapa teknik *sectio caesarea* yang perlu diperhatikan adalah mengenai cara insisi yaitu insisi abdomen, insisi uterus.

1. Insisi abdomen antara lain dilakukan secara vertikal dan transversal/ lintang yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

a. Insisi vertikal

Insisi vertikal garis tengah infraumbilikus adalah insisi yang paling cepat dibuat, insisi ini harus cukup panjang agar janin dapat lahir tanpa kesulitan. oleh karena itu,panjang harus sesuai dengan taksiran ukuran janin, pembebasan secara tajam dilakukan sampai ke level vagina yang dibebaskan dari lemak subkutis untuk memperlihatkan

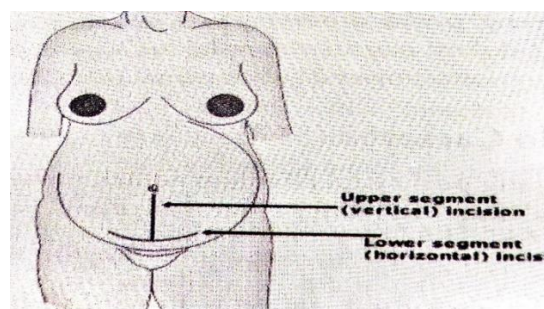
sepotong *fasia* (jaringan ikat berbentuk lembaran yang menyelimuti otot) digaris tengah dengan lebar sekitar dua cm.

b. Insisi transversal/ lintang

Dengan insisi kulit, dan jaringan subkutan disayat dengan menggunakan insisi transversal rendah sedikit melengkung, insisi dibuat setinggi garis rambut pubis dan diperluas sedikit melebihi batas lateral otot rektus. Penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperetonalisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum. Pada insisi ini dapat menyebabkan pendarahan yang banyak.

**Gambar 2.2**

**Gambar segmen vertikal dan segmen horizontal**



*Sumber : (Maryunani,2014)*

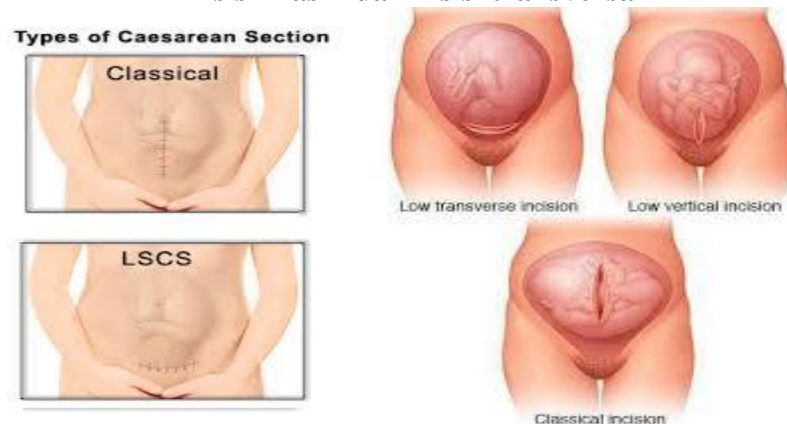
2. Insisi uterus terdiri dari insisi *sectio caesarea* klasik dan insisi *sectio caesarea* transversal yang masing-masing dijelaskan dibawah ini :

a. Insisi caesarea klasik

Suatu insisi vertikal kedalam korpus uterus diatas segmen bawah uterus dan mencapai fundus uterus sudah jarang digunakan saat ini. Insisi melintang disegmen bawah. Apabila insisi diperluas ke arah lateral, dapat terjadi laserasi salah satu atau kedua pembuluh darah. Insisi vertikal rendah padat diperluas keatas sehingga dalam keadaan yang memerlukan ruang lebih lapang, insisi dapat dilanjutkan ke korpus uterus. Selain itu apabila meluas kebawah, insisi vertikal dapat menembus serviks lalu ke vagina dan mungkin mengenai kandung kemih. Yang utama selama kehamilan berikutnya insisi vertikal yang meluas kemiometrium atas lebih besar kemungkinan mengalami ruptur dari pada insisi transversal, terutama selama kehamilan.

Kelebihan insisi caesarea uterus klasik yaitu mengeluarkan janin lebih cepat, tidak mengakibatkan kandung kemih tertarik, sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal, sedangkan kekurangan insisi klasik ini ialah infeksi mudah menyebar secara intra-abdomen karena tidak ada reperitonealisasi yang baik, untuk persalinan berikutnya lebih sering terjadi *ruptur uterus* spontan (robekan dinding rahim).

**Gambar 2.3**  
**Insisi klasik dan insisi transversal**



Sumber : (Maryunani,2014)

b. Insisi sesarea transversal

Kelebihan insisi sesarea transversal yaitu penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus kerongga peritoneum, sedangkan kekurangan insisi transversal yaitu luka dapat melebar ke kanan-kiri dan bawah, sehingga dapat menyebabkan *arteri uterina* putus sehingga menyebabkan pendarahan yang banyak.

### 2.1.3 Etiologi

1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi/panggul), ada sejarah kehamilan dan yang buruk, terdapat kesempatan panggul, Plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi



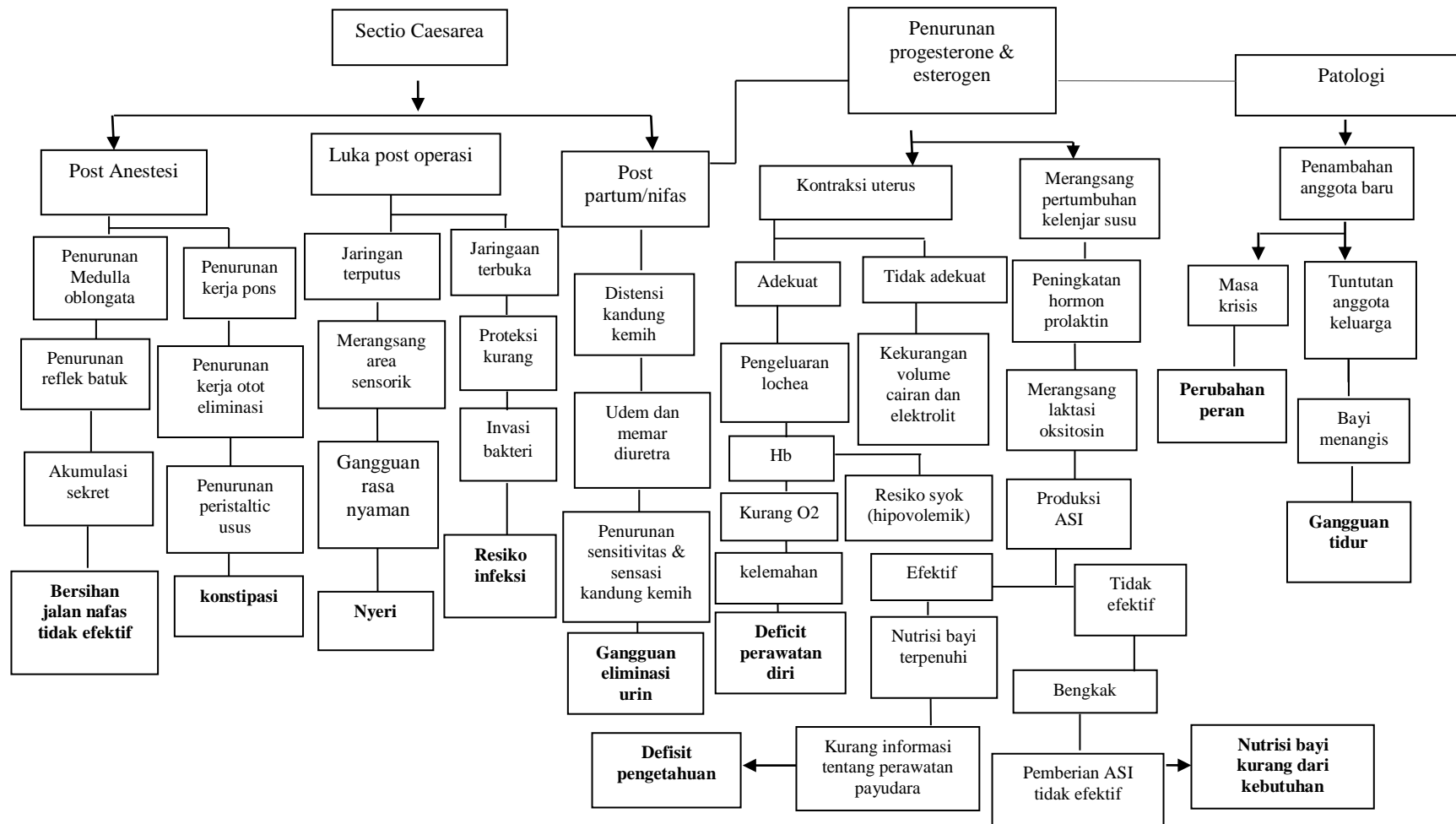
kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan dan sebagainya).

2. Etiologi yang berasal dari janin

*Fetal distress/* gawat janin, mal presentasi dan posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstrak

2.1.4 Patofisiologi

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea (Nurarif, 2015)



### 2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi dari *sectio caesarea* adalah:

1. *Sectio caesarea* abdomen: *Sectio caesarea* transperitonealis.
2. *Sectio caesarea* vaginalis

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

- a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.
  - b. Sayatan melintang (transfersal) menurut Kerr.
  - c. Sayatan huruf T (T-incision)
3. *Sectio caesarea* klasik (Corporal)

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

4. *Sectio caesarea* ismika (Profunda)

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

### 2.1.6 Indikasi

1. Indikasi ibu
  - a. Panggul sempit absolut
  - b. Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi

- c. Stenosis serviks/vagina
  - d. Plasenta previa
  - e. Disproporsi sefalopelvik
  - f. Ruptura uteri membakat
2. Indikasi janin
- 1) Kelainan letak
  - 2) Gawat janin

### **2.1.7 Komplikasi**

1. Infeksi puerperal (nifas)
- a. Ringan : dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
  - b. Sedang: dengan keikan suhu yang lebih tinggi, diesetai dehidrasi dan perut sedikit kembung
  - c. Berat : dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu utama.
2. Perdarahan
- a. Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
  - b. Atonia uteri
  - c. Perdarahan pada *placental bed*
3. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonalisasi terlalu tinggi
4. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang

### **2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik**

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Goloangan darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan (Tucker, Susan Martin, 1998)

### **2.1.9 Penatalaksanaan Medik**

1. Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan adalah DS 10% garam fisiologi dan RL. Secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse sesuai kebutuhan.

2. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian makanan atau

minuman peroral. pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi berupa air putih atau air teh.

### 3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : miring kanan miring kiri dapat dilakukan sejak 6-10 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sendiri mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernapas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya, selama berturut-turut hari emi hari pasien dianjurkan untuk duduk selama sehari, belajar berjalan, kemudian berjalan mandiri pada hari ke 3 dan ke 5 pasca operasi.

### 4. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involunsi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

#### 5. Pemberian otot-otot

Diberikan obat antibiotik, analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, serta obat-obatan lain.

#### 6. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

#### 7. Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan selama pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernapasan.

## **2.2 Konsep Dasar Nifas**

### **2.2.1 Definisi Nifas**

Masa nifas dimulai beberapa jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu berikutnya. Masa nifas tidak kurang dari 10 hari dan tidak lebih dari 8 hari setelah akhir persalinan, dengan pemantauan bidan sesuai kebutuhan ibu dan bayi.

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu. Batasan waktu yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari.

Jadi, masa nifas (puepurium) adalah masa keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Retno, 2010).

### **2.2.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Semua kegiatan yang dilakukan dalam bidang kebidanan maupun dibidang-bidang lain selalu mempunyai tujuan agar kegiatan-kegiatan itu terarah dan diadakan evaluasi dan penilaian.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian msa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.

Masa neonates merupakan masa kritis bagi kehidupan bayi, 2/3 kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian BBL terjadi dalam waktu 7 hari setelah lahir. Dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi pada masa nifas dapat mencegah beberapa kematian ini.

Adapun tujuan dari perawatan nifas ini adalah :

- a. Untuk memulihkan kesehatan umum penderita
- b. Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- c. Untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi
- d. Untuk memperlancar pembentukan air susu ibu



- e. Agar penderita dapat melaksanakan perawatan sampai masa nifas selesai, dan dapat memelihara bayi-bayi dengan baik, agar pertumbuhan dan perkembangan bayi normal.

### **2.2.3 Tahapan Masa Nifas**

Nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu :

1. *Puerperium* dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
3. *Remot puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau tahunan.

### **2.2.4 Adaptasi Fisiologi Post Partum**

1. Perubahan Sistem Reproduksi (Maryunani, 2009)

- a. Involusi

Involusi uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus, dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil. Proses

involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU).

- 1) Proses involusi uterus yaitu :
  - a) Autolisis : Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine.
  - b) Atrofi jaringan : Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.
  - c) Efek oksitosin (kontraksi) : Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar.
- 2) Bagian bekas implantasi plasenta
- 3) Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum
- 4) Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Proses keluarnya terdiri dari 4 tahap, yaitu :

- a. Lokhea Rubra / Merah (kruenta)

Muncul pada hari 1 sampai ke-4 masa post partum.

b. Lokhea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir.

c. Lokhea Serosa

Berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan / laserasi plasenta.

d. Lokhea Alba / Putih

Mengandung leukosi, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.

5) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

6) Ovarium dan Tuba Falopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi. Dimana dimulainya kembali proses ovulasi sehingga wanita bisa hamil kembali.

7) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan

dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum.

## 2. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesterone. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama.

## 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis terjadi setelah 2-3 hari post partum. Hal ini merupakan salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum.

## 4. Perubahan Sistem Endokrin

### a. Hormon Plasenta

Selama periode pasca post partum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormone-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

### b. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian uterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah pendarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

d. Hormon Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusuidan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi.

5. Perubahan – Perubahan Tanda- tanda Vital

a. Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5 - 38) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan kembali lagi.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 - 80 kali permenit. SEhabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah

abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau pendarahan post partum yang tertunda.

c. Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

d. Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

*Cardiac Output* meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 post partum.

7. Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000 – 30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal

nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah.

#### 8. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligament, fisia dan diafragma pelvis yang meregang oada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang san menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendor.

### 2.2.5 Adaptasi Psikologi Ibu dalam Masa Nifas

#### 1. Adaptasi Psikologi Ibu dalam Masa Nifas

Ada 3 tahap adaptasi psikologis ibu masa nifas antara lain :

##### a. Fase *Taking In*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini memnuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

b. *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh percaya diri.

c. *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

2. *Post Partum Blues*

- a. Periode emosional stress yang terjadi antara hari ke tiga dan hari ke 10 setelah persalinan
- b. 80% pada ibu post partum
- c. Karakteristik; iritabilitas meningkat, perubahan mood, cemas, pusing dan perasaan sedih dan kesendirian.
- d. Penyebab : ada beberapa faktor yang berperan
- e. Perubahan level hormone yang terjadi secara tepat



- f. Ketidaknyamanan yang diharapkan (payudara bengkak, nyeri persalinan)
- g. Kecemasan setelah pulang dari RS/tempat bersalin
- h. Breast Feeding
- i. Perubahan pola tidur
- j. Manajemen
- k. Tidak ada perawatan khusus pada *post partum blues* jika tidak ada gejala yang signifikan
- l. Empati dan *support* dari keluarga dan staf
- m. Jika gejala lebih dari 2 minggu bantuan professional
- n. Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut *baby blues* yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya
- o. Gejala-gejala *baby blues* antara lain menangis, mengalami perubahan perasaan, emosi, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, penurunan gairah *sex* dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian

#### 1. Identitas dan penanggung jawab

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal anamnesa.

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

##### a. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Alasan datang ketempat bidan, klinik/rumah sakit, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri

##### b. Keluhan utama saat dikaji

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

##### 1) P= Paliatif/Propokatif

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

2) Q= *Quality/Quantity*

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

3) R= *Region/Radiasi*

*Region* yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

4) S= *Severity, Skale*

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

5) T= *Timing*

*Timing* yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu

- a. Penyakit waktu kecil dan imunisasi
- b. Tes laboratorium akhir-akhir ini terhadap penyakit infeksi (misal Hepatitis, TB, HIV), tanggal dan hasilnya.
- c. Penyakit berat, misalnya pneumonia, hepatitis, demam rematik, difteri, dan polio.
- d. Masuk rumah sakit : tanggal dan penyebab masuk
- e. Pembedahan : tanggal dan penyebab
- f. Kecelakaan : fraktur, luka dan lain-lain
- g. Transfusi darah : tanggal, penyebab dan reaksi
- h. Alergi, misalnya makanan, lingkungan, hewan, debu, dan asma
- i. Alergi obat
- j. Penggunaan alkohol
- k. Kebiasaan : merokok, alkohol, kafein (kopi, the, soda, coklat); keselamatan ( sabuk pengaman, helm)
- l. Pola tidur
- m. Diet
- n. Aktivitas
- o. Resiko pekerjaan : posisi (berdiri, duduk), tarikan ( mata,otot), ventilasi, paparan racun kimkiawi.
- p. Resiko dari lingkungan : udara, air, dan lain-lain

- q. Tes skrining genetic, missal sel sabit, dan lain-lain juga hasilnya
  - r. Penyakit specific : diabetes, penyakit jantung, TB, asma, hepatitis/liver, ISK, tromboplebitis, penyakit endokrin, gastrointestinal, kanker, hipertensi, AIDS, penyakit jiwa, epilepsi, penyakit darah seperti anemia.
4. Riwayat Kesehatan Keluarga
- a. Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
  - b. Kanker
  - c. Penyakit jantung
  - d. Hipertensi
  - e. Diabetes
  - f. Penyakit ginjal
  - g. Penyakit jiwa
  - h. Kelainan bawaan
  - i. Kehamilan ganda
  - j. TB
  - k. Epilepsi
  - l. Kelainan darah
5. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Maryunani, 2015)
- a. Riwayat Ginekologi
    - 1) Riwayat Menstruasi
      - a) Umur menarche

- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
  - c) Lamanya
  - d) Jumlah darah keluar
  - e) Karakteristik darah (misal bergumpal)
  - f) HPHT, lama dan jumlah normalnya
  - g) Dismenorea
  - h) Perdarahan uterus disfungsi, misal spotting, menorgia, dan lain-lain
  - i) Penggunaan produk sanitari (misal celana dalam, pembalut)
  - j) Sindrom syok keracunan
  - k) Sindrom premenstruasi
- 2) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

3) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang terakhir digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana setelah melahirkan.

b. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan dahulu

- a) Gravida/Para
- b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

c) Kehamilan yang lalu : tanggal terminasi, tempat lahir, bentuk persalinan dan masalah obstetrik

2) Riwayat kehamilan sekarang

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

3) Riwayat persalinan dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

4) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang beberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit pertama dan 5 menit pertama.

5) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

6) Riwayat nifas sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uterisetinggi pusat.

6. Pola aktivitas sehari-hari, selama hamil dan selama di rumah sakit

a. Pola nutrisi

Mencangkup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

b. Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK : frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan



2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

c. Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*

d. Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan *sectio caesarea* yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu

e. Aktifitas dan latihan

Kegiatan dalam *pekerjaan* dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit

## 7. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik ibu

1) Keadaan umum

a) Kesesuaian penampakan usia

b) Status gizi umum

- c) Penampakan status kesehatan
  - d) Tingkat emosi, kesesuaian mood (ansietas, depresi), orientasi waktu, tempat, orang, ingatan, proses logika, perilaku umum (seperti bersahabat, kooperatif, menolak)
  - e) Temuan kegagalan sistem, seperti sianosis, distress pernapasan, batuk persisten, abnormalitas suara dan bicara, wajah asimetris, abnormalitas tulang
  - f) Postur tubuh, gaya berjalan, dan gerakan tubuh
- 2) Tanda-tanda vital
- a) Tekanan darah

Pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolic. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolic diatas tensi sebelum hamil, menandakan *toxaemia gravidarum* (keracunan kehamilan)
  - b) Suhu
  - c) Nadi
  - d) Pernapasan
  - e) Tinggi badan
  - f) Berat badan, sebelum hamil dan pada saat pemeriksaan

### 3) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.

### 4) Pemeriksaan fisik ibu

#### a) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi. Keluhan nyeri kepala *post partum* dapat disebabkan oleh keadaan, termasuk preeklamsi, stress, bocornya cairan serebrospinal ke ruang epidural saat menyuntikan epidural atau spinal. (Lowdermilk, 2013)

#### b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.

#### c) Mata

Warna konjungtiva, bentuk, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan, fungsi penglihatan.

## d) Telinga

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

## e) Hidung

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

## f) Mulut

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

## g) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan limfe, nyeri saat menelan, ada tidak penikatan vena jugularis, ada tidak kaku kuduk.

## h) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami

pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

i) Abdomen

(1) Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, tampakkah gerakan anak atau kontraksi Rahim )

(2) Adakah bekas operasi

(3) Linea nigra, striae abdomen

(4) Ukur TFU

j) Punggung dan bokong

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

k) Genetalia

Kebersihan, ada tidaknya edema pada vulva, pengeluaran *Lokhea rubra* pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai *Lokhea serosa* pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

l) Anus

Hemoroid (varises anus) umum ditemui. Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan ketika melahirkan.

m) Ekstremitas

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi saat hamil akan kembali pada masa nifas. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

b. Pemeriksaan fisik bayi

1) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score.

2) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan atas.

8. Data psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan *sectio caesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues* (Maryunani, 2015).

9. Pemeriksaan penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang menurut (Hartati & Maryunani, 2015)

- a. Pemeriksaan hemodinamik setiap 15 menit sekali
- b. Payudara : air susu dan puting untuk melihat apakah ada pembengkakan dan infeksi, karena umumnya di minggu pertama proses menyusui sulit, sehingga payudara menjadi bengkak dan terjadi infeksi
- c. Sekresi yang keluar seperti lochea rubra, jumlah darah yang keluar
- d. Golongan darah
- e. Ultrasonografi untuk melihat sisi plasenta
- f. Pemeriksaan darah lengkap untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi

#### 10. Analisa data

Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu *post partum sectio caesarea* untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

#### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang jelas tentang masalah klien dan penyebabnya. Selain itu harus spesifik berfokus pada kebutuhan klien dengan mengutamakan prioritas dan diagnosa yang muncul harus dapat

diatasi dengan tindakan keperawatan. Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing diagnosis Association, 2018-2020* ) bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum maturus dengan *sectio caesarea* adalah :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan) jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Hambatan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur
7. Resiko infeksi b.d faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
8. Defisit perawatan diri : mandi b.d kelelahan postpartum.
9. Konstipasi
10. Resiko syok
11. Resiko pendarahan



12. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum b.d kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut NANDA (*North American Nursing diagnosis Association*) rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul dengan *sectio caesarea* adalah : (Nurarif & Kusmana, 2015) dan menurut (NANDA-I diagnosa keperawatan 2018-2020) :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan) jalan nafas alergik (respon obat anestesi)

**Tabel 2.4**  
**Ketidakefektifan Jalan Nafas**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Ketidakefektifan bersihan jalan nafas</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi</b> : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Respiratory status: Ventilation</li> <li>❖ Respiratory status: Airway patency</li> </ul> Kriteria Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Airway suction               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning</li> <li>- Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning</li> <li>- Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning</li> <li>- Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan</li> <li>- Berikan O<sub>2</sub> dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan drainase sekresi kerja pernapasan dan ekspans</li> <li>- Perubahan pada pernapasan, penggunaan otot aksesori pernapasan, dan/atau adanya ronki/mengi diduga ada retens secret. Obstruksi jalan napas (meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pernapasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan</li> </ul>
<b>Batasan Karakteristik:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• Suara napas tambahan</li> <li>• Perubahan pola nafas</li> <li>• Perubahan frekwensi napas</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Kesulitan verbalisasi</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan bunyi napas</li> <li>• Dipsneu</li> <li>• Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>• Batuk yang tidak efektif</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Mata terbuka lebar</li> </ul>	<p>rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</p>	<p>nasotrakeal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan</li> <li>- Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal</li> <li>- Monitor status oksigen pasien</li> <li>- Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion</li> <li>- Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O<sub>2</sub>, dll.</li> </ul> <p>❖ Airway Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu</li> <li>- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>- Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan</li> <li>- Pasang mayo bila perlu</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada jika perlu</li> <li>- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> </ul>	<p>komplikas, contoh pneumonia henti napas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah secret oral menurut resiko aspirasi</li> <li>- Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.</li> <li>- Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak faring posterior.</li> <li>- Takikardia/pening katan gelisah dapat mengindikasikan terjadi hipoksia/pengatuh terhadap pernapasan.</li> <li>- Adanya mengi/ronki menunjukkan secret tertahan mengidentifikasi an kebutuhan intervensi lebih agresif.</li> <li>- Membantu dalam membentuk keadekuatan oksigenasi.</li> <li>- Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan resiko atelectasis dan pneumonia.</li> <li>- Pengenceran secret mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran. Minuman karbonat “busa”</li> </ul>
<p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mukus berlebihan</li> <li>• Terpajan asap</li> <li>• Benda asing dalam jalan nafas</li> <li>• Sekresi yang bertambah</li> <li>• Perokok pasif</li> <li>• Perokok</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spasme jalan nafas</li> <li>• Jalan nafas alergik</li> <li>• Asma</li> <li>• Penyakit paru obstruksi kronis</li> <li>• Eksudat dalam alveoli</li> <li>• Hiperplasia pada dinding bronkus</li> <li>• Infeksi</li> <li>• Disfungsi neuromuskular</li> <li>• Adanya jalan nafas buatan</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan suction pada area pada mayo orofaring dan</li> <li>- Berikan bronkodilator untuk mungkin pasien bila perlu menahannya,</li> <li>- Berikan pelembab udara sehingga mempengaruhi Kassa basah jalan napas.</li> <li>- NaCl Lembab - Memberikan</li> <li>- Atur intake keyakinan adnya untuk cairan kemungkinan mengoptimalkan intervensi cepat keseimbangan bila masalah meningkat.</li> <li>- Monitor respirasi dan - Menurunkan status O2 resiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.</li> <li>- Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi (Doengoes, 2018).</li> </ul>
--	--

## 2. Nyeri akut b.d agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)

**Tabel 2.5**  
**Nyeri Akut**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Nyeri akut</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan ( <i>international association for the study of pain</i> ); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Level</li> <li>❖ Pain Cntrol</li> <li>❖ Comfort Level</li> </ul> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>❖ Melaporkan bahwa nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain Management</li> <li>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>- Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan</li> <li>- Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektipan alagesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.</li> <li>- Indikator nyeri akut yang dapat mnguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal</li> </ul>

diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.	berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	pasien	terkait ketidakmampuan dan ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.
<b>Batasan</b>	❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	- Mengidentifikasi pemulihan bisng usus.
<b>Karakteristik:</b>	❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	- Mendukung istirahat dan meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.
• Perubahan selera makan		- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau	- Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri.
• Penurunan pada parameter fisiologis		- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	- Membantu dalam menetapkan kebutuhan individu.
• Diaforesis		- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	- Aktivitas, gerakan, dan tindakan kenyamanan dapata meredakan ketegangan otot, meningkatkan relaksai, meningkatkan kemampuan koping.
• Perilaku distraksi		- Kurangi faktor presipitasi nyeri	- Keberhasilan mmanajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien.
• Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya		- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)	- Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk
• Perilaku ekspresif		- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	
• Ekspresi wajah nyeri		- Ajarkan tentang teknik non farmakologi	
• Sikap tubuh melindungi		- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	
• Putus asa		- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	
• Fokus menyempit		- Tingkatkan istirahat	
• Sikap melindungi area nyeri		- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	
• Perilaku protektif		- Monitor	
• Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas			
• Dilatasi pupil			
• Fokus pada diri sendiri			
• Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri			
• Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri			
<b>Faktor yang berhubungan</b>			
• Agens cedera biologis			
• Agens cedera kimiawi			
• Agens cedera fisik			

---

<p>penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>❖ Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>- Cek riwayat alergi</li> <li>- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> <li>- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</li> <li>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</li> <li>- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</li> </ul>	<p>intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan persepsi dan perilaku yang dimiliki untuk mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan koping secara efektif.</li> <li>- Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan koping, mengurangi nyeri, dan ketidaknyamanan</li> <li>- Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian.</li> <li>- Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat.</li> <li>- Meskipun transfusi tidak menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan transfuse-tukar persial guan mempertahankan populasi sel darah merah normal (Doengoes,</li> </ul>
--	---

---

2018).

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi ibu postpartum.

**Tabel 2.6**  
**Ketidakseimbangan nutrisi**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nutritional status:</li> <li>❖ Nutritional status: food and fluid intake</li> <li>❖ Nutritional status: Nutrient Intake</li> <li>❖ Weight control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nutritional Management</li> <li>- Kaji adanya alergi makanan</li> <li>- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe</li> <li>- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C</li> <li>- Berikan substansi gula</li> <li>- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)</li> <li>- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> <li>- Monitor jumlah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan.</li> <li>- Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.</li> <li>- Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi.</li> <li>- Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung.</li> <li>- Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan</li> </ul>
<b>Batasan karakteristik:</b>	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kram abdomen</li> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Gangguan sensasi rasa</li> <li>• Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal</li> <li>• Kerapuhan kapiler</li> <li>• Diare</li> <li>• Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>• Enggan makan</li> <li>• Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i></li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat pada makanan</li> <li>• Tonus otot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi</li> <li>❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan</li> <li>❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang</li> </ul>		

<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesalahan informasi</li> <li>• Kesalahan persepsi</li> <li>• Membran mukosa pucat</li> <li>• Ketidakmampuan memakan makanan</li> <li>• Cepat kenyang setelah makan</li> <li>• Sariawan ronggamulut</li> <li>• Kelemahan otot mengunyah</li> <li>• Kelemahan otot menelan</li> <li>• Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asupan diet kurang</li> </ul> <p><b>Populasi beresiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor biologis</li> <li>• Kesulitan ekonomi</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi</li> <li>• Ketidakmampuan merencanakan makanan</li> <li>• Ketidakmampuan makan</li> <li>• Gangguan psikososial</li> </ul>	berarti	<p>nutrisi dan kandungan kalori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</li> <li>- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</li> </ul> <p>❖ <b>Nutrition Monitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BB pasien dalam batas normal</li> <li>- Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan</li> <li>- Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan</li> <li>- Monitor lingkungan selama makan</li> <li>- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</li> <li>- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi</li> <li>- Monitor turgor kulit</li> <li>- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah</li> <li>- Monitor mual dan muntah</li> <li>- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht</li> <li>- Monitor pertumbuhan dan perkembangan</li> <li>- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</li> <li>- Monitor kalori dan intake nutrisi</li> <li>- Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila</li> </ul>	<p>infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bertujuan untuk menentukan diet guna memenuhi kebutuhan individual (Doengoes, 2018).</li> </ul>
---	---------	---	--

- 
- lidah dan cavitasi oral
- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
- 

4. Ketidakefektifan pemberian ASI b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

**Tabel 2.7**  
**Ketidakefektifan pemberian ASI**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Ketidakefektifan pemberian ASI</b>  <b>Definisi:</b> kesulitan memberikan susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi status nutrisi bayi/anak.  <b>Batasan Karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakadekuatan defekasi bayi</li> <li>• Bayi mendekat kearah payudara</li> <li>• Bayi menangis pada payudara</li> <li>• Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui</li> <li>• Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui</li> <li>• Bayi tidak mau <i>lotching on</i> pada payudara secara tepat</li> <li>• Bayi menolak <i>lotching on</i></li> <li>• Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain.</li> <li>• Ketidacukupan</li> </ul>	NOC  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Breastfeeding Ineffective</li> <li>❖ Breathing Pattern Ineffective</li> <li>❖ Breastfeeding Interrupted</li> </ul> Kriteria Hasil:  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kementapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama</li> <li>❖ Kementapan Pemberian ASI : IBU : kementapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama</li> </ul>	NIC  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Breastfeeding Assistance</li> <li>- Evaluasi pola menghisap / menelan bayi</li> <li>- Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui</li> <li>- Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga)</li> <li>- Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif</li> <li>- Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</li> <li>- Pantau integritas kulit puting ibu</li> <li>- Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</li> <li>- Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi</li> <li>❖ Breast Examination</li> <li>❖ Lactation Supresion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien</li> <li>- Untuk mengetahui salah satu masalah menyusui pada masa pasca persalinan dini (masa nifas) adalah puting susu nyeri, puting susu lecet, payudara bengkak, dan mastitis (Wulandari, A 2009).</li> <li>- Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui(Sulistiyorini &amp;Fitriyani,2011 )</li> <li>- Pemberian ASI sebagai salah satu yang memberikan</li> </ul>



<p>pengosongan setiap payudara setelah menyusui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang penambahan berat badan bayi</li> <li>• Tidak tampak ada pelepasan oksitosin</li> <li>• Tampak ketidakadekuatan asupan susu</li> <li>• Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui</li> <li>• Penurunan berat badan bayi terus menerus</li> <li>• Tidak menghisap payudara terus-menerus</li> </ul>	<p>memberian ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler</li> <li>❖ Penyapihan</li> <li>❖ Pembenian ASI:</li> <li>❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI</li> <li>❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI</li> <li>- Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI</li> <li>- Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang</li> <li>- Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula</li> <li>- Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai</li> <li>❖ Lactation Counseling</li> <li>- Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</li> <li>- Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu</li> </ul>	<p>pengaruh paling besar terhadap kelangsungan hidup anak, pertumbuhan, dan perkembangannya (Astutik,2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan payudara sangat penting untuk menjaga keindahan payudara serta menghindari masalah-masalah dalam proses menyusui (Wulandatika, 2017) Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Yohani, Roesli,2009).</li> <li>- Untuk menanggulangi permasalahan perlu dilakukan upaya preventif dan promotif dalam meningkatkan penggunaan ASI dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan</li> </ul>
<p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlambatan laktogen II</li> <li>• Suplai ASI tidak cukup</li> <li>• Keluarga tidak mendukung</li> <li>• Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI</li> <li>• Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui</li> <li>• Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI</li> <li>• Diskontinuitas pemberian ASI</li> <li>• Ambivalensi ibu</li> <li>• Ansietas ibu</li> <li>• Anomali payudara ibu</li> <li>• Kelelahan ibu</li> <li>• Obesitas ibu</li> <li>• Nyeri ibu</li> <li>• Penggunaan dot</li> <li>• Refleks isap bayi</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• buruk</li> <li>• Penambahan makanan dengan puting artifisial</li> <li>• <b>Populasi beresiko</b></li> <li>• Bayi prematur</li> <li>• Pembedahan payudara sebelumnya</li> <li>• Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya</li> <li>• Masa cuti melahirkan yang pendek</li> </ul>	<p>payudara ibu menyusui, sehingga membantu pengeluaran ASI secara lancar (Prasetyono, 2009)</p> <p>- Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan pijat oksitosin ibu menyusui, sehingga membantu pengeluaran ASI secara lancar (Prasetyono, 2009).</p>
--	--

## 5. Hambatan eliminasi urine

**Tabel 2.8**  
**Hambatan Eliminasi Urine**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Hambatan Eliminasi Urine</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> Disfungsi eliminasi urine	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Urinary Elimination</li> <li>❖ Urinary Continuence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Urinary Retention Care</li> </ul>	
<b>Batasan karakteristik:</b>	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disuria</li> <li>• Sering berkemih</li> <li>• Anyang-anyangan</li> <li>• Nokturia</li> <li>• Inkontinensia urine</li> <li>• Retensi urine</li> <li>• Dorongan berkemih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>❖ Tidak ada residu urine &gt; 100-200 cc</li> <li>❖ Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>❖ Bebas dari ISK</li> <li>❖ Tidak ada spasme bladder</li> <li>❖ Balance cairan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan penilaian yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten)</li> <li>- Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis</li> <li>- Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebanyakan klien terpasang kateter foley, kenungkinan kateter suprepubis, dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika <i>neobladder</i> telah dikonstruksi.</li> <li>- Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam salura kemih, yang menimbulkan</li> </ul>
<b>Faktor Yang Berhubungan:</b>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyebab multiple</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstruksi anatomik</li> <li>• Gangguan sensori motorik</li> <li>• Infeksi saluran kemih</li> </ul>	seimbang	antikolinergik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyediakan penghapusan privasi</li> <li>- Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet</li> <li>- Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air</li> <li>- Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit)</li> <li>- Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal</li> <li>- Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan</li> <li>- Gunakan double-void teknik</li> <li>- Masukkan kateter kemih, sesuai</li> <li>- Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai</li> <li>- Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja</li> <li>- Memantau asupan dan keluaran</li> <li>- Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi</li> <li>- Membantu dengan toilet secara berkala</li> <li>- Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa</li> <li>- Menerapkan kateterisasi intermiten</li> <li>- Merujuk ke spesialis kontinensia kemih</li> </ul>	resiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal. Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik. Indikator keseimbangan cairan. Mengembangkan tingkat hidrasi dan keefektipan penggantian cairan. Membantu dalam mempertahankan hidrasi dan volume sirkulasi serta aliran urine yang adekuat (Doengoes, 2018).
---	----------	---	---

## 6. Gangguan pola tidur

**Tabel 2.9**  
**Gangguan pola tidur**

DIAGNOSA	TUJUAN DAN	INTERVENSI	RASIONAL
----------	------------	------------	----------

KEPERAWATAN		KRITERIA HASIL	
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
<p><b>Definisi:</b> interupsi jumlah dan kualitas tidur akibat faktor eksternal</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan berfungsi sehari-hari</li> <li>• Kesulitan memulai tidur</li> <li>• Kesulitan mempertahankan tetap tidur</li> <li>• Ketidakpuasan tidur</li> <li>• Tidak merasa cukup istirahat</li> <li>• Terjaga tanpa penyebabnya</li> </ul> <p><b>Fungsi yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gangguan karena cara tidur pasangan tidur</li> <li>• kendala lingkungan</li> <li>• kurang privasi</li> <li>• pola tidur tidak menyehatkan</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imobilisasi</li> </ul>	<p>❖ Anxiety reduction</p> <p>❖ Comfort level</p> <p>❖ Rest: Extent &amp; pattern</p> <p>❖ Sleep: Extent &amp; pattern</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari</p> <p>❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal</p> <p>❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat</p>	<p>❖ Sleep Enhancement</p> <p>- Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur</p> <p>- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</p> <p>- Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca)</p> <p>- Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>- Kolaborasi pemberian obat tidur</p> <p>- Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien</p> <p>- Instruksikan untuk memonitor tidur pasien</p> <p>- Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</p> <p>- Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam</p> <p>- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p>	<p>- Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.</p> <p>- Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis.</p> <p>- Bila rutinitas baru mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress, dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.</p> <p>- Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang “burung hantu” dapat menunda terlelap atau menyebabkan terbangun.</p> <p>- Aktivitas siang hari dapat membantu pasien menggunakan energi dan siap untuk tidur malam hari.</p> <p>- Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama.</p> <p>- Membantu menginduksi tidur.</p> <p>- Memberikan situasi kondusif untuk tidur.</p> <p>- Perubahan posisi mengubah area tekanan dan meningkatkan istirahat.</p> <p>- Dapat merasa takut jatuh karena</p>

- 
- perubahan ukuran dari tinggi tempat tidur.
- Tidur tanpa gangguan lebih menimbulkan rasa segar, dan pasien mungkin tidak mampu kembali tidur bila terbangun.
  - Mungkin diberikan untuk membantu pasien tidur/istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan baru (Doengoes, 2018).
- 

7. Resiko infeksi b.d faktor resiko : Episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

**Tabel 2.10**  
**Resiko infeksi**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Risiko Infeksi</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<p><b>Definisi:</b> rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Faktor resiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan peristaltik</li> <li>• Gangguan integritas kulit</li> <li>• Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>• Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>• Malnutrisi</li> <li>• Obesitas</li> <li>• Merokok</li> <li>• Stasis cairan tubuh</li> </ul> <p><b>Populasi beresiko</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune status</li> <li>❖ Knowledge: Infection control</li> <li>❖ Risk control</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>❖ Jumlah leukosit dalam batas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Infection control (control infeksi)</b></li> <li>- Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>- Pertahankan teknik isolasi</li> <li>- Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>- Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>- Cuci tangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri.</li> <li>- Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.</li> <li>- Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan.</li> <li>- Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan.</li> <li>- Menggambarkan proses inflamasi</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpapah pada wabah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<p>normal</p>	<p>setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p>	<p>atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi.</p>
<p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan PH sekresi</li> <li>• Penyakit kronis</li> <li>• Penurunan kerja siliaris</li> <li>• Penurunan hemoglobin</li> <li>• Imunosupresi</li> <li>• Prosedur invasif</li> <li>• Leukopenia</li> <li>• Pecah ketuban dini</li> <li>• Pecah ketuban lambat</li> <li>• Supresi respon inflamasi</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>- Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>- Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> <li>- Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</li> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li> <li>- Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>- Monitor kerentangan terhadap infeksi</li> <li>- Batasi pengunjung</li> <li>- Sering pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>- Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>- Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikator infeksi luka.</li> <li>- Memverifikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik, dan memengaruhi pilihan terapi.</li> <li>- Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius (Doengoes, 2018).</li> </ul>

- 
- epidema
  - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
  - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
  - Dorong masukkan nutrisi yang cukup
  - Dorong masukan cairan
  - Dorong istirahat
  - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
  - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
  - Ajarkan cara menghindari infeksi
  - Laporkan kecurigaan infeksi
  - Laporkan kultur positif
- 

## 8. Defisit perawatan diri.

**Tabel 2.11**  
**Defisit perawatan diri**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Defisit perawatan diri mandi</b>  <b>Definisi:</b> ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri  <b>Batasan karakteristik:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan mengakses kamar mandi</li> <li>• Ketidakmampuan menjangkau</li> </ul>	NOC  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Activity intolerance</li> <li>❖ Mobility: physical impaired</li> <li>❖ Self care deficit hygiene</li> <li>❖ Sensory perceptions, auditory disturbed</li> </ul> Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi</li> </ul>	NIC  <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene</li> <li>- Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>- Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>- Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual. Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan</li> </ul>

<p>sumber air</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan mengeringkan tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>• Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>• Ketidakmampuan membasuh tubuh</li> </ul>	<p>mempertahankan ostomi untuk eliminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi</li> <li>❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh</li> <li>❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>- Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>- Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>- Memfasilitasi gigi pasien menyikat</li> <li>- Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai</li> <li>- Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien</li> <li>- Memantau integritas kulit pasien</li> <li>- Menjaga kebersihan ritual</li> <li>- 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</li> <li>- Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa</li> <li>- Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan</li> </ul>	<p>bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.</p> <p>Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien.</p> <p>Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan.</p> <p>Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian, dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya.</p> <p>Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan.</p> <p>Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi</p>
<p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietas</li> <li>• Penurunan motivasi</li> <li>• Kendala lingkungan</li> <li>• Nyeri</li> <li>• Kelemahan</li> </ul>			
<p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>• Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>• Gangguan muskuloskeletal</li> <li>• Gangguan neuromuskular</li> <li>• Gangguan persepsi</li> </ul>			



---

kebersihan tubuh dan hygiene oral	perawatan diri	<p>risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri; mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri; dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara social.</li> <li>- Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi.</li> <li>- Klien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, tidak perhatian, atau tidak mampu mengomunikasikan kebutuhan dalam fase pemulihan akut, tetapi biasanya mampu mengendalikan fungsi ini ketika pemulihan berlangsung.</li> <li>- Membantu pembentukan program pelatihan</li> </ul>
--------------------------------------	----------------	--

---

---

	<p>kembali (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.</li> <li>- Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri (Doengoes, 2018).</li> </ul>
--	--

---

## 9. Konstipasi

**Tabel 2.12**  
**Konstipasi**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
Konstipasi	NOC	NIC	
Definisi: Penurunan frekuensi normal pada defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bowel Elimination</li> <li>❖ Hidration</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari</li> <li>❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>❖ Mengidentifikasi indikator untuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Cnstipation/Impaction management</li> <li>- Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>- Monitor bising usus</li> <li>- Monitor feses : frekuensi, konsistensi dan volume</li> <li>- Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mencegah terjadinya perubahan pola eliminasi seperti biasanya</li> <li>- Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral, dan kemungkinan terjadinya</li> </ul>

Batasan karakteristik:	mencegah konstipasi	usus	komplikasi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri abdomen</li> <li>• Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>• Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</li> <li>• Anoreksia</li> <li>• Penampilan tidak khas pada lansia</li> <li>• Borborigirmi</li> <li>• Darah merah pada feses</li> <li>• Perubahan pada pola defekasi</li> <li>• Penurunan frekuensi defekasi</li> <li>• Penurunan volume feses</li> <li>• Distensi abdomen</li> <li>• kelelahan</li> <li>• Feses keras dan berbentuk</li> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Bising usus hiperaktif</li> <li>• Bising usus hipoaktif</li> <li>• Tidak dapat defekasi</li> <li>• Peningkatan tekanan intra abdomen</li> <li>• Tidak dapat makan</li> <li>• Feses cair</li> <li>• Nyeri pada saat defekasi</li> <li>• Massa abdomen yang dapat diraba</li> <li>• Massa rektal yang dapat diraba</li> <li>• Perkusi abdomen pekak</li> <li>• Rasa penuh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Feses lunak dan berbentuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala usus/peritonitis</li> <li>- Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>- Dukung intake cairan</li> <li>- Pantau tanda tanda dan gejala konstipasi</li> <li>- Pantau tanda tanda dan gejala impaksi</li> <li>- Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna</li> <li>- Memantau bising usus</li> <li>- Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses</li> <li>- Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat</li> <li>- Timbang pasien secara teratur</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal</li> <li>- Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan pelunakan feses ; dapat merangsang peristaltik</li> <li>- Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat</li> <li>- Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis</li> <li>- Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi</li> <li>- Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien</li> <li>- Meningkatkan pembentukan/pasase pelunakan feses</li> <li>- Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses</li> <li>- Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari ke tiga atau keempat</li> <li>- Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif</li> <li>- Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya</li> </ul>

---

<p>rektal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasa tekanan rektal</li> <li>• Sering flatus</li> <li>• Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum</li> <li>• Mengejan pada saat defekasi</li> <li>• Muntah</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelemahan otot abdomen</li> <li>• Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia</li> <li>• Konfusi</li> <li>• Penurunan motilitas traktus gastrointestinal</li> <li>• Dehidrasi</li> <li>• Depresi</li> <li>• Penurunan kebiasaan makan</li> <li>• Gangguan emosi</li> <li>• Kebiasaan menekan dorongan defekasi</li> <li>• Kebiasaan makan buruk</li> <li>• Higiene oral tidak adekuat</li> <li>• Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat</li> <li>• Asupan serat kurang</li> <li>• Asupan cairan kurang</li> <li>• Kebiasaan defekasi tidak teratur</li> <li>• Penyalahgunaa</li> </ul>	<p>eliminasi usus normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supaya fesyenya menjadi lebih lembek/lunak</li> <li>- Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis</li> <li>- Menambah pengetahuan keluarga dan pasien</li> <li>- Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit (Doengoes, 2018).</li> </ul>
--	--

---

- 
- n laksatif
  - Obesitas
  - Perubahan lingkungan yang baru

**Kondisi terkait**

- Ketidakseimbangan elektrolit
  - Hemoroid
  - Penyakit *hirschsprung*
  - Ketidakadekuatan gigi geligi
  - Garam besi
  - Gangguan neurologis
  - Obstruksi usus pasca bedah
  - Kehamilan
  - Pembesaran prostat
  - Abses rektal
  - Fisura anal rektal
  - Striktur anal rektal
  - Prolaps rektal
  - Ulkus rektal
  - Rektokel
  - Tumor
- 

## 10. Resiko syok

**Tabel 2.13**  
**Resiko syok**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Resiko syok</b>	NOC	NIC	
<p><b>Definisi:</b> rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Faktor Resiko:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Syok prevention</li> <li>❖ Syok management</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nadi dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan</li> <li>❖ Irama pernapasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Syok Prevention</li> <li>- Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill</li> <li>- Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan</li> <li>- Monitor suhu dan pernafasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia.</li> <li>- Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan</li> </ul>

dikembangkan	dalam batas yang diharapkan	- Monitor input dan output	menyebabkan asidosis.
<b>Kondisi terkait</b>	❖ Natrium serum dalam batas norma	- Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit	- Untuk mengetahui pola demam pasien. Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai.
• Hipotensi	❖ Kalium serum dalam batas normal	- Monitor hemodinamik invasi yng sesuai	- Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler.
• Hipovolemia	❖ Klorida serum dalam batas normal	- Monitor tanda dan gejala asites	- Untuk menentukan intervensi yang tepat.
• Hipoksemia	❖ Kalsium serum dalam batas normal	- Monitor tanda awal syok	- Membantu meningkatkan peregangan kaki.
• Infeksi	❖ Magnesium serum dalam batas normal	- Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat	- Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien.
• Sepsis	❖ PH darah serum dalam batas normal	- Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas	- Agar dapat melakukan penanganan yang tepat.
• Sindrom respon inflamasi sistemik ( <i>systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i> )	Hidrasi	- Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat	- Untuk mengetahui keadaan umum.
	❖ Indicator :	- Berikan vasodilator yang tepat	- Menunjukkan kehilangan cairan berlebih/hidrosis (Doengoes, 2018).
	❖ Mata cekung tidak ditemukan	- Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok	
	❖ Demam tidak ditemukan	- Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok	
	❖ Tekanan darah dalam batas normal	❖ Syok Management	
	❖ Hematokrit dalam batas normal	- 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 di jaringan	
		- 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, PaO<sub>2</sub> kadar hemoglobin SaO<sub>2</sub>, CO), jika tersedia
  - Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai
  - Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO<sub>2</sub> peningkatan PaCO<sub>2</sub> 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
- 

## 11. Resiko pendarahan

**Tabel 2.14**  
**Resiko pendarahan**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
<b>Resiko perdarahan</b>	NOC	NIC	
<b>Definisi:</b> rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Blood lose severity</li> <li>❖ Blood koagulation</li> </ul> Kriteria Hasil:	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bleeding Precautions</li> <li>- Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</li> <li>- Catat nilai Hb dan HT sebelum dan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian</li> <li>- Hipovolemia</li> </ul>
<b>Faktor Resiko:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis</li> <li>❖ Kehilangan darah yang</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan</li> </ul>	<p>terlihat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole</li> <li>❖ Tidak ada pendarahan per vaginam</li> <li>❖ Tidak ada distensi abdominal</li> <li>❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</li> <li>❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal</li> </ul>	<p>sesudah terjadinya perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit</li> <li>- Monitor TTV ortostatik</li> <li>- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)</li> <li>- Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</li> <li>- Hindari mengukur suhu lewat rectal</li> <li>- Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant</li> <li>- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K</li> <li>- Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses</li> <li>❖ Bleeding Reduction</li> <li>- Identifikasi penyebab perdarahan</li> <li>- Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure</li> </ul>	<p>memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat menggambarkan penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan.</li> <li>- Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum.</li> <li>- Potensi adanya transfuse cairan yang berlebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi.</li> <li>- Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.</li> <li>- Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.</li> <li>- Dapat</li> </ul>
<p><b>Populasi berisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riwayat jatuh</li> </ul>			
<p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aneurisme</li> <li>• sirkumsisi</li> <li>• koagulopati intervaskular diseminata</li> <li>• gangguan gastrointestinal</li> <li>• gangguan fungsi hati</li> <li>• koagulopati inhere</li> <li>• komplikasi pascapartum</li> <li>• komplikasi kehamilan</li> <li>• trauma</li> <li>• program pengobatan</li> </ul>			



- 
- Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
  - Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> dan level Hb dan cardiac output)
  - Pertahankan patensi IV line
  - ❖ Bleeding Reduction: wount/luka
    - Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
    - Gunakan ice pack pada area perdarahan
    - Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka
    - Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
    - Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
    - Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
    - Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
    - Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas
  - ❖ Bleeding reduction: gastrointestinal
    - Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine,
- mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.
- Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat, atau produk darah, jika terjadi kehilangan darah berlebihan (Doengoes, 2018).
-

- 
- residu lambung, dan drainase luka
  - Monitor complete blood count dan leukosit
  - Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson
  - Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
  - Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
  - Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
  - Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
  - Kurangi faktor stress
  - Pertahankan jalan nafas
  - Hindari penggunaan anticoagulant
  - Monitor status nutrisi pasien
  - Berikan cairan Intravena
  - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
- 

12. Defisit pengetahuan : perawatan postpartum b.d kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

**Tabel 2.15**  
**Defisit pengetahuan**

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL</b>	<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
-----------------------------	----------------------------------	-------------------	-----------------

<b>Defisit Pengetahuan</b>	NOC	NIC
<p><b>Definisi:</b> Ketidadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>• Ketidakakuratan melakukan tes</li> <li>• Perilaku tidak tepat</li> <li>• Kurang pengetahuan</li> </ul> <p><b>Faktor Yang Berhubungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat untuk belajar</li> <li>• Kurang sumber pengetahuan</li> <li>• Keterangan yang salah dari orang lain</li> </ul> <p><b>Kondisis terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Gangguan memori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Knowledge: Desease process</li> <li>❖ Knowledge: Healt beavior</li> </ul> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,program pegobatan</li> <li>❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar</li> <li>❖ Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Treching: Desease process</li> <li>- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik</li> <li>- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat</li> <li>- Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat</li> <li>- Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat</li> <li>- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat</li> <li>- Hindari jaminan yang kosong</li> <li>- Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat</li> <li>- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit</li> <li>- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan</li> <li>- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien</li> <li>- Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas</li> <li>- Meningkatkan kemampuan untuk melalukan penanganan yang tepat</li> <li>- Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</li> <li>- Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</li> <li>- Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang</li> <li>- Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat</li> <li>- Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit (Ambarwati,2010 )</li> <li>- Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat (Darya &amp; Putra,2012)</li> <li>- Mengeksplorasi kemungkinan</li> </ul>

---

second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan	sumber atau dukungan dengan cara yang tepat (Nurkasim,2019)
- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat	- Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan (Ceptia,2010)

---

#### **2.4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi atau pelaksanaan menggambarkan kegiatan yang dibuat sesuai kondisi dan permasalahan agar dapat diatasi berdasarkan tujuan yang ingin dicapai. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu *post partum sectio caesarea* (Maryunani, 2015).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan untuk menilai dan membandingkan antara hasil implementasi kriteria dan standar pemenuhan klien secara optimal yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

### **2.5 Konsep Dasar Laktasi**

Setiap manusia pada umumnya memiliki payudara, tetapi antara lelaki dan perempuan berbeda fungsinya. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja, termasuk kolestrum tanpa tambahan apapun sejak dari lahir, dengan kata lain pemberian susu formula, air matang, air gula, dan madu untuk bayi baru lahir tidak dibenarkan (Saleha, 2009). ASI merupakan makanan yang terbaik dan yang paling ideal untuk bayi, karena ASI mengandung semua zat gizi yang diperlukan dalam jumlah dan pertimbangan yang tepat (Zamzara, 2015).

### **2.5.1 Proses Laktasi dan Menyusui**

Proses ini dikenal juga dengan istilah inisiasi menyusui dini, dimana ASI baru akan keluar setelah ari-ari atau plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta tersebut tidak diproduksi lagi. Sehingga susu pun keluar. Umumnya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya dipayudara sudah terbentuk kolestrum yang baik sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi dan antibodi pembunuh kuman (Saleha,2009).

### **2.5.2 Manfaat Menyusui**

Manfaat yang didapatkan dari menyusui menurut (Saleha,2009) terbagi menjadi 2 yaitu :

#### **a. Manfaat bagi bayi**

- 1) Komposisi sesuai kebutuhan
- 2) Kalori ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia enam bulan
- 3) ASI mengandung zat pelindung
- 4) Perkembangan psikomotorik lebih cepat
- 5) Menunjang perkembangan kognitif
- 6) Menunjang perkembangan penglihatan
- 7) Memperkuat ikatan antara ibu dan anak

b. Manfaat bagi ibu

- 1) Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat penyembuhan
- 2) Mencegah anemia defisiensi zat besi
- 3) Mempercepat ibu kembali ke berat badan sebelum hamil
- 4) Menunda kesuburan
- 5) Menimbulkan perasaan dibutuhkan
- 6) Mengurangi kemungkinan kanker payudara dan ovarium

### **2.5.3 Perawatan Payudara**

Perawatan payudara adalah suatu tindakan yang dilaksanakan baik oleh ibu post partum maupun di bantu oleh orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan (Anggraini,2010). Masalah yang timbul selama masa menyusui dapat dimulai sejak periode antenatal, masa pasca persalinan dini (nifas atau laktasi) dan masa pasca persalinan lanjut. Salah satu masalah menyusui pada masa pasca persalinan dini adalah puting susu nyeri, puting susu lecet, payudara bengkak, dan mastitis (Wulandari, A, 2008).

Perawatan payudara sangat penting salah satunya menjaga kebersihan payudara, terutama kebersihan puting susu agar terhindar dari dengan baik, merangsang kelenjar-kelenjar dan hormon prolaktin dan oksitosin untuk meningkatkan produksi ASI lancar serta mengetahui secara dini kelainan puting susu dan melakukan usaha-usaha untuk mengatasinya

infeksi, melunakkan serta memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi dapat menyusui.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan ibu dan keluarga, untuk meningkatkan produksi ASI diperlukan hormon oksitosin (Bobak, 2012), pada ibu setelah melahirkan dapat melakukan pijat oksitosin.

Pijat oksitosin merupakan pemijatan sepanjang tulang belakang (tulang *vertebrae* sampai tulang coste kelima-enam). Pijat oksitosin dilakukan pada ibu *postpartum* dengan durasi 3 menit dan frekuensi pemberian pijatan 2 kali sehari. Pijat ini tidak harus dilakukan oleh petugas kesehatan tetapi dapat dilakukan oleh suami atau keluarga yang lain. Mekanisme kerja dalam pelaksanaan pijat oksitosin merangsang saraf dikirim ke otak sehingga hormone oksitosin dapat dikeluarkan dan mengalir kedalam darah kemudian masuk ke payudara dan menyebabkan otot-otot sekitar alveoli berkontraksi dan membuat ASI mengalir.