

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

APRILLIANTI ANANDA GUMILAR

AKX. 16. 021



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

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Aprillianti Ananda Gumilar
NPM : AKX.16.021
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr.
Slamet Garut

Menyatakan,

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli madya (AMD) di program Studi DIII keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 20 Mei 2019

Yang membuat pernyataan



Aprillianti Ananda G.

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

**OLEH
APRILLIANTI ANANDA GUMILAR**

**Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji
pada tanggal 20 Mei 2019**

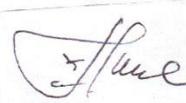
Mengesahkan

Pembimbing Utama



**Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM
NIK : 10104019**

Pembimbing Kedua



**Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK : 10104025**

**Mengetahui
Ketua DIII Keperawatan**



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

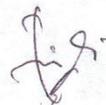
LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG KALIMAYA BAWAH
RSUD DR SLAMET GARUT

OLEH
APRILLIANTI ANANDA GUMILAR

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung,
Pada Tanggal 23 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ingrid Dirgahayu, S.Kp., M.KM
(Pembimbing I)

()

Anggota :

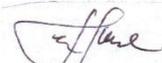
1. **Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep**
(Penguji I)

()

2. **Sri Lestari Kartikawati, M.Keb**
(Penguji II)

()

3. **Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep**
(Pembimbing II)

()

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua



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

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 SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT 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.

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,Mkep, selaku Ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti,S, Kp., Mkep Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ingrid Dirgahayu, S.Kp., MKM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Kedua yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Deti Fuji Adianti, S.kep., Ners selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat

melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.

8. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, ayahanda tercinta Asep Gumilar dan ibunda tercinta Partini, S.Pd, serta kedua adikku (Miranda Dewinta Gumilar dan Ratu Adzkia Gumilar) yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materiil, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Seluruh teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XII yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
11. Seluruh keluarga besar H. Momon Sulaeman dan Suratmin yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materiil serta do'a sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

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, 20 Mei 2019

Aprillianti Ananda G.

ABSTRAK

Latar Belakang: Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Banyaknya angka kejadian seksio sesarea di RSUD Dr. Slamet Garut periode tahun 2016 sampai 2018 adalah 4219 kasus. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan. Mengatasi nyeri menggunakan Pendekatan non farmakologis salah satunya adalah teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post operasi seksio sesarea dengan nyeri akut yang dilakukan perawatan selama 3 hari. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut dikarenakan oleh adanya luka post op. Adapun perbedaan hasil dari intervensi melakukan teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson pada kedua klien yaitu pada tanda-tanda vital sesudah tindakan penanganan nyeri dan skala nyeri. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan standar pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya keterlibatan dalam pelaksanaan perawatan payudara pada klien dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai seksio sesarea dan nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Nyeri akut, Post Seksio Sesarea

Daftar Pustaka : 19 Buku (2009-2019), 2 Jurnal (2015-2019), 33 Tabel, 5 Gambar

ABSTRACT

Background: Section Caesarea is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the abdominal wall. The number of cases of section caesarea at Dr. Slamet Garut from 2016 to 2018 is 4219 cases. Pain is an unpleasant sensory and emotional experience. Overcoming pain using a non-pharmacological approach, one of which is deep breathing relaxation techniques and benson relaxation techniques. **Objective:** To gain experience in carrying out nursing care for postoperative cesarean section clients with acute pain. **Method:** Case studies are to explore a problem with detailed limits, have in-depth data collection and include various sources of information. **Results:** This case study was conducted in two postoperative section caesarea clients with acute pain treated for 3 days. After nursing care was given by giving an intervention, nursing problems acute pain in case 1 and case 2 could be resolved on the third day. **Discussion:** In both clients there was a problem with acute pain due to the presence of post op injuries. The differences in the results of the intervention carried out deep breathing relaxation techniques and benson relaxation techniques on both clients, namely on vital signs after the action of handling pain and the scale of pain. The author advises the hospital to improve service standards in the provision of nursing care, especially involvement in the implementation of breast care for clients and the educational institutions are expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding section caesarea and acute pain so that students can add scientific insight.

Keyword: Nursing Care, Acute Pain, Postoperative Section Caesarea

Bibliography: 19 Books (2009-2019), 2 Journals (2015-2019), 33 Tables, 5 Pictures

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

BAB I PENDAHULUAN

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 Penulisan.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5

BAB 2 TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Seksio Sesarea.....	6
2.1.1 Anatomi Abdomen.....	6
2.1.2 Etiologi Seksio Sesarea.....	10
2.1.3 Patofisiologi Seksio Sesarea.....	12
2.1.4 Klasifikasi Seksio Sesarea.....	14
2.1.5 Kontraindikasi Seksio Sesarea.....	18

2.1.6	Komplikasi Seksio Sesarea.....	18
2.1.7	Pemeriksaan Diagnostik.....	19
2.1.8	Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan.....	19
2.2	Konsep Dasar Nifas.....	20
2.2.1	Tujuan Asuhan Masa Nifas.....	21
2.2.2	Tahapan Masa Nifas.....	21
2.2.3	Adaptasi Fisiologis Postpartum.....	22
2.2.4	Adaptasi Psikologis Postpartum.....	32
2.3	Konsep Dasar Nyeri.....	34
2.3.1	Penyebab Nyeri.....	34
2.3.2	Patofisiologi Nyeri.....	34
2.3.3	Klasifikasi Nyeri.....	35
2.3.4	Intensitas Nyeri.....	36
2.3.5	Dampak Nyeri.....	36
2.3.6	Penatalaksanaan Nyeri.....	37
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan.....	39
2.4.1	Pengkajian Keperawatan.....	39
2.4.2	Diagnosa Keperawatan.....	52
2.4.3	Rencana Keperawatan.....	54
2.4.4	Implementasi Keperawatan.....	80
2.4.5	Evaluasi Keperawatan.....	81

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian.....	82
3.2	Batasan Istilah.....	82
3.3	Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	83
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	83
3.5	Pengumpulan Data.....	84
3.6	Uji Keabsahan Data.....	85
3.7	Analisa Data.....	85

3.8 Etik Penelitian.....	86
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil.....	89
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	89
4.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	90
4.1.2.1 Pengkajian.....	90
4.1.2.2 Analisa Data.....	103
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	107
4.1.2.4 Perencanaan.....	111
4.1.2.5 Implementasi.....	117
4.1.2.6 Evaluasi.....	129
4.2 Pembahasan.....	130
4.2.1 Pengkajian.....	130
4.2.2 Diagnosis.....	132
4.2.3 Perencanaan.....	137
4.2.4 Pelaksanaan.....	142
4.2.5 Evaluasi.....	145
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	146
5.1.1 Pengkajian.....	146
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	147
5.1.3 Intevensi Keperawatan.....	148
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	148
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	148
5.2 Saran.....	149
5.2.1 Rumah Sakit.....	149
5.2.2 Institusi Pendidikan.....	149
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kuadran Abdomen.....	7
Gambar 2.2	Ringer Lines.....	8
Gambar 2.3	Otot-otot Dinding Abdomen.....	9
Gambar 2.4	Jenis Insisi Seksio Abdomen.....	14
Gambar 2.5	Jenis Insisi Abdomen.....	18

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Involunsi Uterus.....	24
Tabel 2.2	Sumber dan Jumlah Kehilangan Berat Badan Selama Masa Pasca Melahirkan/Post Partum.....	29
Tabel 2.3	Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.....	54
Tabel 2.4	Intervensi Nyeri Akut.....	56
Tabel 2.5	Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	59
Tabel 2.6	Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	61
Tabel 2.7	Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	64
Tabel 2.8	Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	65
Tabel 2.9	Intervensi Risiko Infeksi Area Pembedahan.....	67
Tabel 2.10	Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	68
Tabel 2.11	Intervensi Konstipasi.....	72
Tabel 2.12	Intervensi Risiko Syok (Hipovolemik).....	75
Tabel 2.13	Intervensi Resiko Perdarahan.....	76
Tabel 2.14	Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	78
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	90
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit.....	90
Tabel 4.3	Riwayat Ginekologi.....	91
Tabel 4.4	Riwayat Obstetric.....	92

Tabel 4.5	Perubahan Aktivitas Sehari-hari.....	94
Tabel 4.6	Pemeriksaan Fisik.....	95
Tabel 4.7	Data Psikologi.....	100
Tabel 4.8	Data Sosial.....	101
Tabel 4.9	Kebutuhan Bounding Attachment.....	101
Tabel 4.10	Kebutuhan Pemenuhan Seks.....	101
Tabel 4.11	Data Spiritual.....	101
Tabel 4.12	Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	101
Tabel 4.13	Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	102
Tabel 4.14	Program dan Rencana Pengobatan.....	102
Tabel 4.15	Analisis Data.....	103
Tabel 4.16	Diagnosa Keperawatan.....	107
Tabel 4.17	Perencanaan.....	111
Tabel 4.18	Pelaksanaan.....	117
Tabel 4.19	Evaluasi.....	129

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	12
-----------	--------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Bimbingan (Pembimbing 1)
- Lampiran II Lembar Bimbingan (Pembimbing 2)
- Lampiran III Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran IV Leaflet
- Lampiran V Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran VI Lembar Observasi
- Lampiran VII Lembar Justifikasi
- Lampiran VIII Rview Artikel
- Lampiran X Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

SC : Seksio sesarea

WHO : World Health Organization

Op : Operasi

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

ASI : Air Susu Ibu

MOW : Medis Operatif Wanita

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

TBC : Tuberkulosis

DM : Diabetes melitus

KB : Keluarga Berencana

PB : Panjang Badan

BB : Berat Badan

LK : Lingkar Kepala

LB : Lingkar Badan

LLA : Lingkar Lengan Atas

APGAR : *American Pediatric Gross Assessment Record*

GCS : *Glasgow Coma Scale*

ADL : *Activity of Daily Living*

IMD : Inisiasi Menyusui Dini

IUD : *Intrauterine Device*
IGD : Instalasi Gawat Darurat
TTV : Tanda-tanda Vital
TD : Tekanan Darah
RR : Respirasi
TFU : Tinggi Fundus Uterus
IV : Intravena
HPHT : Haid Pertama Haid Terakhir
HPL : Hari Perkiraan Lahir
TT : Tetanus Toksoid
USG : Ultrasonografi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012). Tindakan seksio sesarea (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis (65,18%) dan indikasi non medis (34,82%) (Fehervary et al., 2013). Indikasi medis untuk dilakukan seksio sesarea seperti *cephalo pelvic disporpotion* (CPD), *fetal distress*, *distocia*, dan malpresentasi janin (Wiknjosastro et al., 2010). Beberapa indikasi non medis tindakan seksio sesarea dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat (Gondo, 2010).

Persalinan seksio sesarea mengalami peningkatan menurut World Health Health Organization (WHO) (2014), yang dikutip oleh Bijalmiah (2018), bahwa seksio sesarea (SC) terus meningkat dari seluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi diantaranya adalah Australia (32%), Brazil (54%), dan Colombia (43%). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 tercatat dari 17.665 angka kelahiran terdapat 35,7%-55,3% ibu melahirkan dengan seksio sesarea dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (31,1%) dan terendah di Papua (6,7%). Jawa Barat menduduki peringkat ke-17 metode persalinan dengan operasi tertinggi (Depkes RI, 2018). Berdasarkan data yang di dapatkan dari *medical record* RSUD Dr. Slamet Garut periode tahun 2016 sampai 2018, didapatkan kasus

persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebanyak 4219 kasus. Berdasarkan data tersebut angka kejadian seksio sesarea di RSUD Dr. Slamet Garut mengalami peningkatan dalam kurun waktu tiga tahun sehingga menyebabkan dampak post seksio sesarea seperti nyeri, mobilitas terbatas, gangguan tidur, dan ketidaknyamanan yang dapat mengakibatkan depresi (Kasdu, 2011).

Nyeri adalah keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah tindakan seksio sesarea dengan memiliki nyeri yang lebih tinggi yaitu sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9% (Hestiantoro, 2009). Pada saat pembedahan seksio sesarea, pasien tidak merasakan kesakitan karena adanya pengaruh obat bius. Obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek bius habis, rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa. Rasa nyeri yang dirasakan berasal dari luka post operasi. Selain itu, terjadinya juga kontraksi dan pengerutan rahim yang menyebabkan nyeri selama beberapa hari (Murray & Huelsmann, 2013) (Cunningham et al., 2013)

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international association for the study of pain*). Nyeri yang dirasakan setiap orang mempunyai rentang nyeri yang berbeda-beda. Intensitas nyeri adalah jumlah nyeri yang terasa. Intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan angka 0 sampai 10 pada skala intensitas nyeri (Mangku & Senapathi, 2010).

Nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberikan dampak bagi ibu dan bayi seperti mobilitas terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu atau tidak terpenuhi, perubahan emosi menjadi tidak stabil yang disebabkan oleh perubahan hormonal, faktor fisiologis, gangguan tidur sehingga menghambat proses kesembuhan, kecemasan, dan ketidaknyamanan dapat mengakibatkan depresi. Apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap daya tahan tubuh bayi (Kasdu, 2003) yang dikutip oleh Solehati & Kokasih (2015) (Afifah, 2009).

Perawat dapat mengurangi intensitas nyeri baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan menggunakan dua pendekatan yaitu pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Pendekatan farmakologis atau menggunakan obat-obatan dan pendekatan non farmakologis atau tanpa menggunakan obat-obatan dengan menggunakan teknik tertentu yang kemudian akan mengurangi intensitas nyeri itu sendiri.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk menganalisa masalah keperawatan nyeri akut secara melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG KALIMAYA BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT”.

1.2 Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di ruang Kalimaya Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memperluas dan menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya pada keperawatan maternitas mengenai nyeri pada klien post op seksio sesarea.

1.4.2 Praktis

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis bagi perawat yaitu dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut.

- b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis bagi rumah sakit yaitu dapat menambah pemberian kualitas asuhan keperawatan khususnya pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD Dr. Slamet Garut.

- c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu khususnya pada klien post op seksio sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012).

Seksio sesarea adalah 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 (Wiknjosastro, 2010).

Dari pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dan plasenta melalui pembedahan yaitu dengan menyayat pada dinding abdomen dan dinding uterus dengan berat jenis janin diatas 500 gram.

2.1.1 Anatomi Abdomen

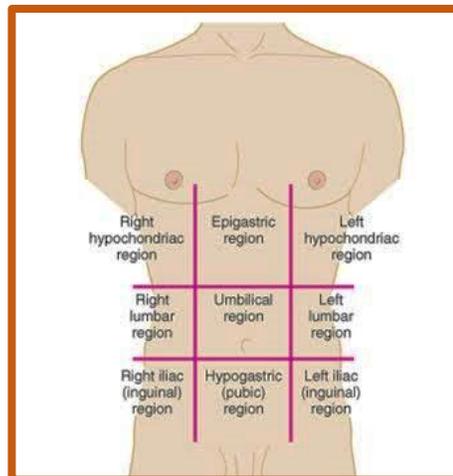
Abdomen dibagi menjadi 9 region oleh 2 garis vertikal dan dua garis horizontal:

a. Garis vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis.

b. Garis Horizontal

- 1) Bidang subostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak bersebrangan dengan lumbalis II.
- 2) Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberculum pada kista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebrata lumbalis V.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

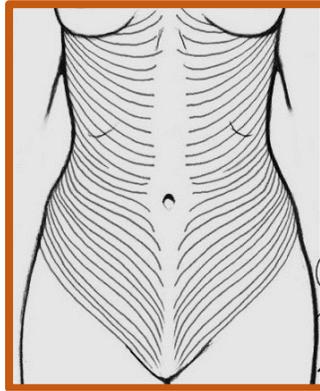
Sumber : Rasjidi, 2015.

Dinding abdomen tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstraperitoneum, dan peritoneum.

a. Kulit

Langer liner menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen, *langer liners* tersusun secara transversal. Inilah yang menyebabkan insisi kulit vertical pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih besar.

Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi Pfannenstiel, akan mengikuti arah serabut *Langer lines* sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.



Gambar 2.2 Ringer Lines
Sumber : Rosjidi, 2015.

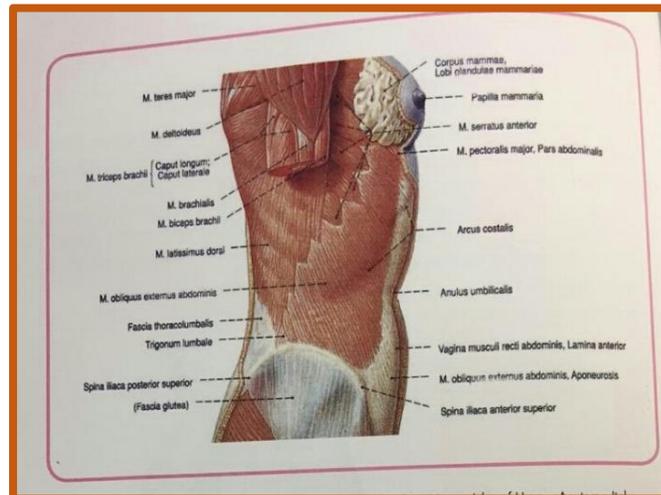
b. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagikan menjadi jaringan lemak superfisial (*fascia Camper*) dan lapisan membranous dibawahnya (*fascia Scarpa*).

c. Otot dan fascia

Otot-otot dinding ventral abdomen, yaitu m. rektus abdominis, m. Piramidalis. Otot-otot dinding lateral abdomen, yaitu m. obliquus abdominis eksternus, m. obliquus abdominis internus, m. transversus abdominis. Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari processus xiphoiderus menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini nampak sebagai sebagai suatu garis yang disebut sebagai line alba. Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karena itu, garis jahitan pada

insisi vertical akan mendapat tegangan yang lebih besar sehingga insisi vertical lebih sering menyebabkan terjadinya dehidensi dan hernia.



Gambar 2.3 Otot-otot dinding abdomen
(Dikutip dari : Frank H. Netter. *Atlas Os Human Anatomy*.
Italy. Icon. 1997).

d. Jaringan ekstrapéritoneum dan peritoneum

Peritoneum merupakan selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi :

- 1) Peritoneum parietalis, yaitu langsung melekat pada dinding abdomen.
- 2) Peritoneum visceralis, yaitu menutupi organ-organ visceralis. Peritoneum yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

e. Vaskularis

Vaskularis dinding ventral abdomen :

- 1) Jaringan subkutan.
 - a) Epigastrika superfisial

- b) Berasal dari a. Femoralis setelah melewati kanalis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilicus. Terletak 5-6 cm dari garis tengah di atas pubis dan 4-5 cm dari garis tengah setinggi umbilikus dan pada pertengahan antara palpasi denyut a. femoralis dan umbilikus. A. Pupenda eksterna superfisial
- Berasal dari a. femoralis dan berjalan diagonal ke mons pubis.
- c) A. Iliaka sirkumfleksa superfisial
- Berjalan lateral dari a. femoralis menuju daerah flank.
- 2) Otot dan aponeurosis.
- Terdiri atas a. epigastrika inferior, a. epigastrika superior, a. sirkumfleksa profunda, a. muskulofrenika.

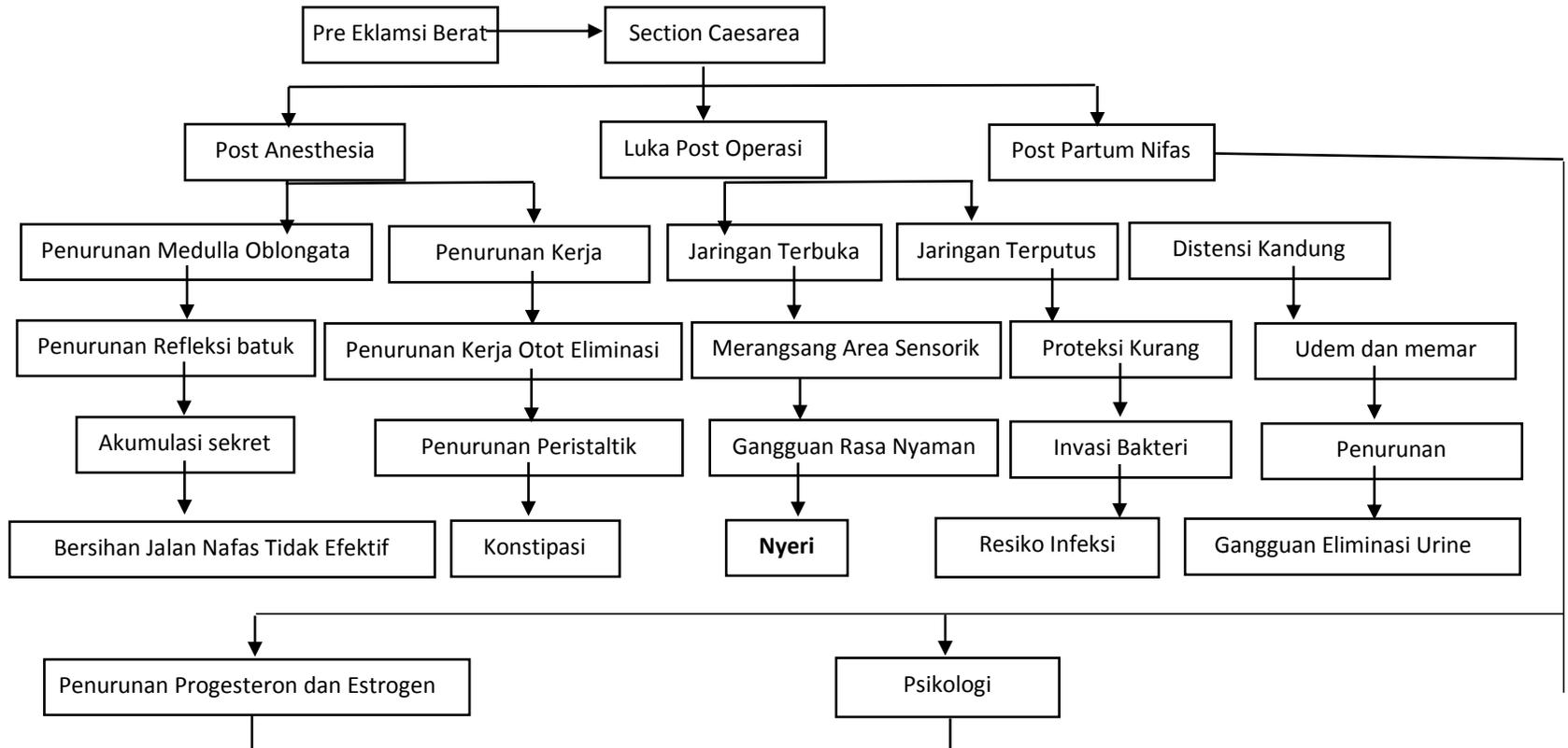
2.1.2 Etiologi seksio sesarea

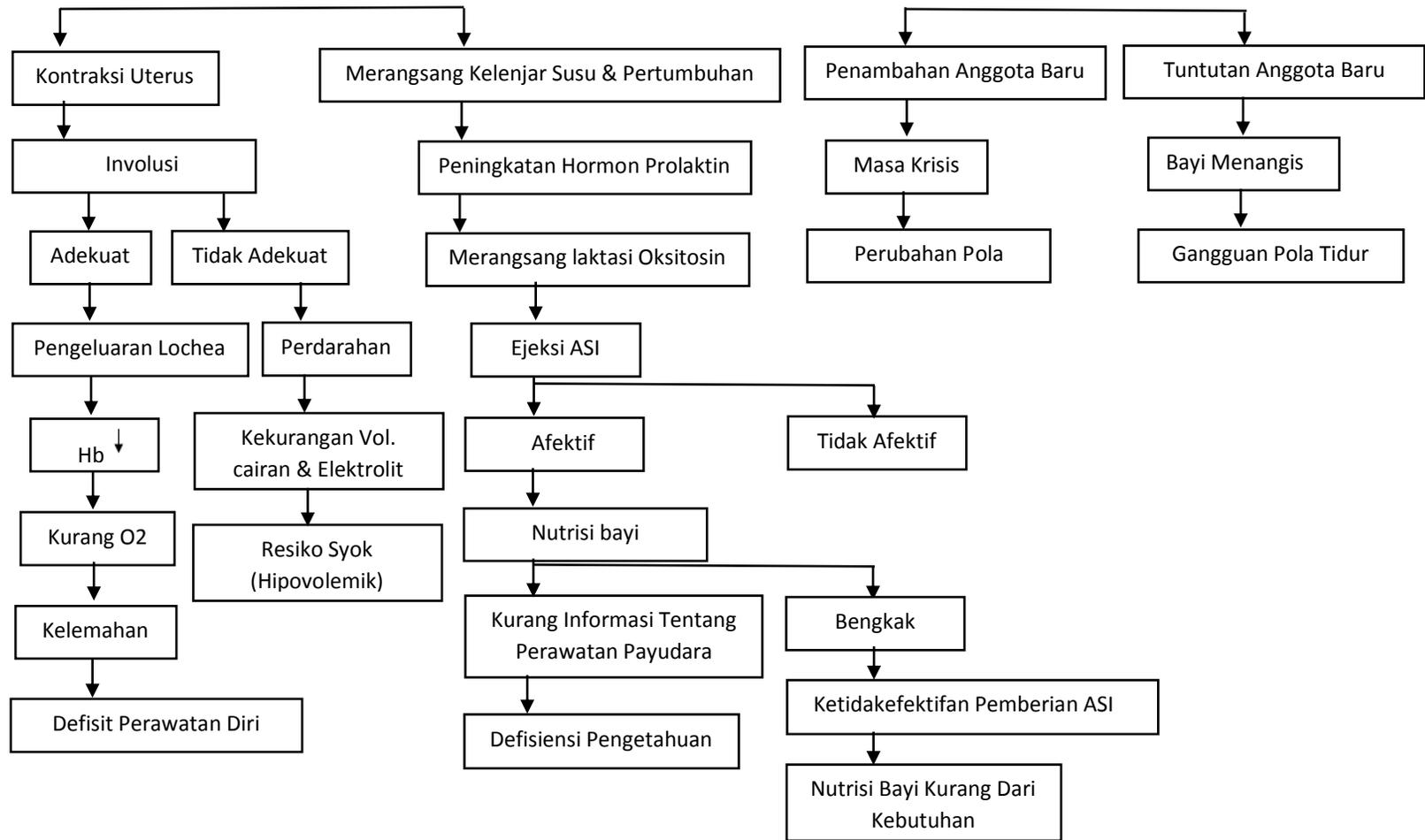
Etiologi seorang ibu dilakukan seksio sesarea menurut Nurarif & Kusuma, 2015 terbagi menjadi 2 yaitu etiologi yang berasal dari ibu dan etiologi yang berasal dari janin. Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada pirigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Etiologi yang berasal dari janin seperti

fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecilm kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi.

2.1.3 Patofisiologi seksio sesarea

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea

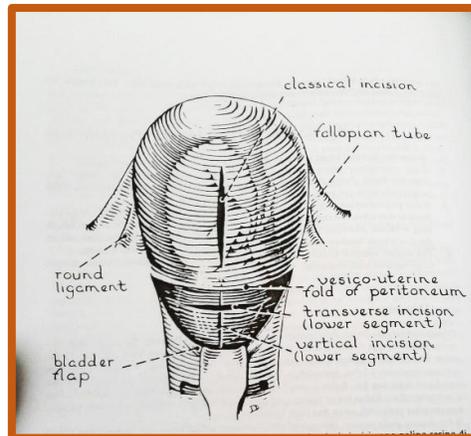




Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.1.4 Klasifikasi seksio sesarea

Menurut Oxorn & Forte (2012), tipe-tipe seksio sesarea yaitu :



Gambar 2.4 Jenis Insisi Seksio Sesarea

Sumber : Oxorn & Forte (2010).

1) Segmen bawah : insisi melintang

Cara ini memungkinkan kelahiran per abdominam yang aman walaupun dikerjakan pada saat persalinan atau rongga rahim terinfeksi.

Keuntungan :

1. Insisi ada pada segmen bawah uterus yang tipis dan bukan pada bagian inferior dari segmen atas yang muskuler.
2. Otot tidak dipotong tetapi dipisah ke samping; cara ini mengurangi perdarahan.
3. Insisi jarang terjadi sampai plasenta.
4. Kepala janin biasanya berada dibawah insisi dan mudah diekstrasi.

5. Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah dirapatkan kembali.
6. Keseluruhan luka insisi terbungkus oleh lipatan vesicouterina sehingga mengurangi perembasan kedalam cavum peritonei generalisata.
7. Ruptura jaringan cicatrix yang melintang kurang membahayakan jiwa ibu dan janin karena :
 - a. Insidensi ruptura lebih rendah.
 - b. Kejadian ini jarang terjadi sebelum aterm.
 - c. Perdarahan dari segmen bawah yang kurang mengandung pembuluh darah lebih sedikit dibandingkan perdarahan dari corpus.
 - d. Ruptura bekas insisi melintang yang rendah letaknya kadang-kadang diikuti dengan ekspulsi janin atau dengan terpisahnya plasenta, sehingga masih ada kesempatan untuk menyelamatkan bayi.

Kerugian :

1. Jika insisi terlampau jauh ke lateral., maka pembuluh darah uterus dapat terobek sehingga menimbulkan perdarahan hebat.
2. Prosedur ini tidak dianjurkan jika terdapat abnormalitas pada segmen bawah, seperti fibroid atau varises yang luas.

3. Pembedahan sebelumnya atau pelekatan yang padat menghalangi pencapaian segmen bawah akan mempersulit operasi.
4. Kalau segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan.
5. Kadang-kadang vesica urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesical urinaria dapat terluka.

2) Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

Keuntungan :

1. Luka insisi dapat diperluas keatas seperti pada kasus bayi besar, pembentukan segmen bawah jelek, malposisi janin seperti letak lintang atau anomalia janin seperti kehamilan kembar yang menyatu (*conjoined twins*), dan plasenta previa.

Kerugian :

1. Perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot.
2. Luka insisi tanpa dikehendaki meluas ke segmen atas sehingga nilai penutupan retroperitoneal yang lengkap akan hilang.

3) Seksio sesarea klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tuumpul.

Indikasi :

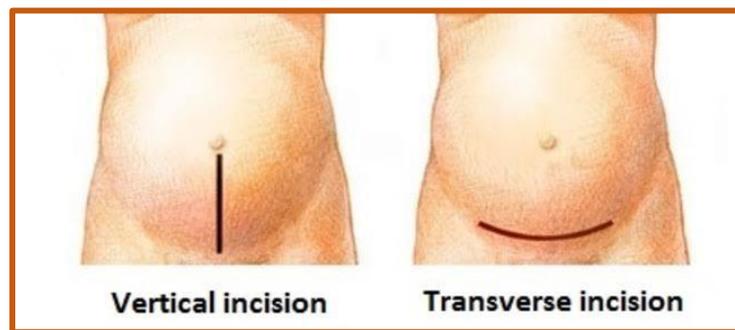
1. Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah.
 - a. Adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior.
 - b. Vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat.
 - c. Myoma pada segmen bawah.
2. Bayi yang tercekam pada letak lintang.
3. Beberapa kasus pada plasenta previa anterior.
4. Malformasi uterus tertentu.

Keuntungan :

1. Myometrium yang tebal harus dipotong, sinus-sinus yang lebar dibuka, dan perdarahannya banyak.
2. Bayi sering diekstrasi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar.
3. Apabila plasenta melekat pada dinding uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya.
4. Letak insisi tidak tertutup dalam cavum peritonei generalisata dan isi uterus yang terinfeksi kemungkinan besar merembes dengan akibat peritonitis.

5. Insidensi pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi.
 6. Insidensi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi.
- 4) Seksio sesarea ismika

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



Gambar 2.5 Jenis insisi abdomen
Sumber : *Cunningham, 2013.*

2.1.5 Kontra Indikasi

1. Janin mati.
2. Syok.
3. Anemia berat.
4. Kelainan kongenital berat.
5. Infeksi piogenik pada dinding abdomen.
6. Minimnya fasilitas operasi seksio sesarea (Imam Rasjidi, 2009).

2.1.6 Komplikasi seksio sesarea

Berikut ini beberapa indikasi atas dilakukannya tindakan seksio sesarea menurut Umi Sukowati, 2010 yaitu pada plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), panggul sempit, disproporsi sefalopelvik,, ruptura uteri mengancam, partus lama (*prolonged labor*), partus tak maju (*obstructed labor*), distosia serviks, pre-eklamsi dan hipertensi, malpresentasi janin (letak janin, letak bokong, dan presentasi dahi dan muka jika reposisi dan cara-cara lain tidak berhasil, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil, dan gemoli).

2.1.7 Pemeriksaan dianostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut Hartanti & Maryunani, 2015 yaitu pemeriksaan hemodinamik setiap 15 menit sekali, payudara : air susu atau putting untuk melihat apakah ada pembengkakan dan infeksi, karena umumnya diminggu pertama proses menyusui sulit, sehingga payudara menjadi bengkak dan terjadi infeksi, sekresi yang keluar seperti lochea rubra, jumlah darah yang keluar, golongan darah, ultrasonografi untuk melihat sisa plasenta, pemeriksaan darah lengkap untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi.

2.1.8 Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan

Penatalaksanaan medik dan implikasi keperawatan pada klien post seksio sesarea yaitu pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ

tubuh lainnya; diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh dan pemberian makanan dengan konsistensi lunak; mobilisasi dilakukan secara bertahap klien dianjurkan miring kanan dan kiri dimulai sejak 6 – 10 jam setelah operasi. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semifowler*). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari. Klien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi; kateterisasi biasanya terpasang 24 – 48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Juga diberikan beberapa jenis obat-obatan seperti antibiotik, analgetik, carboransia seperti neurobian I vit C. Dilakukan juga perawatan luka, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.2 Konsep Dasar Nifas

Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan, dengan waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan (Sitti Saleha, 2009). Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau

periperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (24 hari) setelah itu (Dewi & Sunarsih, 2011).

Dari pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa sesudah melahirkan dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (24 hari).

2.2.1 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari penatalaksanaan asuhan masa nifas menurut Dewi & Sunarsih, 2011 sebagai berikut :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melakukan skrining secara komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3. Memberikan Pendidikan kesehatan diri tentang perawatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemerian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
4. Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.
5. Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.2.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan pada masa nifas menurut Dewi & Sunarsih, 2011 sebagai berikut:

1. Puerperium diri

Puerperium diri adalah kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2. Puerperium intermediate

Puerperium intermediate adalah suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Puerperium remote

Puerperium remote adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

2.2.3 Adaptasi Fisiologis Postpartum

a. Perubahan Tanda-tanda vital (TTV)

1) Suhu

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38^oC) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktur genitalis, atau sistem lain (Dewi & Sunarsih, 2011).

2) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat

terjadi bradikardia. Bila terjadi takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan (Dewi & Sunarsih, 2011) dan (Sitti Saleha, 2009).

3) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan adanya preeklamsi postpartum (Dewi & Sunarsih, 2011).

4) Pernapasan

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Bila suhu, nadi tidak normal. Pernafasan akan mengikutinya (Dewi & Sunarsih, 2011).

b. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

a) Pengerutan Rahim (involusi)

Proses involusi adalah proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Proses involusi uterus menurut Dewi & Sunarsih, 2011 sebagai berikut :

(1) Iskemia miometrium

Iskemia myometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta

membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus dengan enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur
Efek oksitosin

- (3) Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus sehingga membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

(4) **Tabel 2.1 Involusi Uterus** (Dewi & Sunarsih, 2011).

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasena (cm)	Keadaan Serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari
Dua minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	

Delapan minggu	Sebesar normal	30	Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
----------------	----------------	----	--

b) Lochia

Pengeluaran lochia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut : (Dewi & Sunarsih, 2011).

(1) Lochia rubra/merah (kruenta)

Lochia ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 postpartum. Berwarna merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari dari desidua dan chorion. Lochia ini terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

(2) Lochia sanguinolenta

Lochia ini berwarna merah kuning berisi darah dan lender karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke-3 sampai hari ke-5 postpartum.

(3) Lochia serosa

Lochia ini muncul pada hari ke-5 sampai hari ke-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lochia ini terdiri atas sedikit darah dan lebih

banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

(4) Lochia alba/putih

Lochia ini muncul lebih dari hari ke-10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

c) Laktasi (Dewi & Sunarsih, 2011).

(1) Refleks *prolactin*

Adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan kalang payudara yang akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus yang akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran factor-faktor yang memacu sekresi prolaktin. Prolaktin akan merangsang sel-sel alveoli untuk membuat susu. Pada ibu yang melahirkan anak, tetapi tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu ke-2 sampai ke-3. Pada ibu yang menyusui, prolactin akan meningkat dalam keadaan seperti stress atau pengaruh psikis, anestesi, operasi, dan rangsangan puting susu.

(2) Refleks *let down*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, isapan bayi akan merangsang puting susu dan aerola yang dikirim lobus posterior melalui nervus vagus, dari glandula pituitary posterior ke hipofisis posterior (*neurohipofisis*) yang kemudian dikeluarkan hormon oksitosin ke dalam peredaran darah yang menuju uterus dapat menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus, selanjutnya mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang menghambat produksi ASI yaitu stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut, dan cemas.

2) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus. Bentuk serviks akan menganga seperti corong. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaanya sebelum hamil (Dewi & Sunarsih, 2011).

3) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *tugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Frisca Tresnawati, 2012).

4) Perineum

Biasanya setelah melahirkan, perineum menjadi lebih bengkak/edema/memar. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapat kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Maryunani, 2009)

5) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi : (Frisca Tresnawati, 2012).

- 1) Perubahan kadar progesteron secara cepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau ke 3 setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulanya proses laktasi.

c. Perubahan berat badan

Kehilangan/penurunan berat badan pada ibu setelah melahirkan menjadi akibat kelahiran/keluarnya bayi, plasenta dan keluarnya bayi, plasenta dan cairan amnion/ketuban. Diuresis puerperalis juga menyebabkan kehilangan berat badan selama masa puerperium awal (Maryunani, 2009).

Tabel 2.2 Sumber dan Jumlah Kehilangan Berat Badan Selama Masa Pasca Melahirkan/Post Partum (Maryunani, 2009)

No.	Sumber Kehilangan Berat Badan	Jumlah Kehilangan Berat Badan
1.	Janin dan plasenta : cairan ketuban dan darah pada saat persalinan.	5,5 – 6,0 kg
2.	Persipasi (keringat) dan diversis (urine) selama minggu pertama persalinan.	2,5 – 4,0 kg
3.	Involusi uterus dan lokia	1 kg
	Jumlah Total Kehilangan Berat Badan	9,0 – 10,0 kg

d. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang asupan nutrisi, hemoroid, laserasi jalan lahir. Dibutuhkan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus kembali normal (Frisca Tresnawati, 2012).

e. Perubahan sistem perkemihan

Buang air kecil sulit dilakukan selama 24 jam pertama akibat terdapat *spasine sfingter* dan edema buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi

antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12 sampai 36 jam sesudah melahirkan (Frisca Tresnawati, 2012).

f. Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligament rotundum mengendur. Stabilisasi/secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Sitti Saleha, 2009).

g. Perubahan sistem endokrin (Yanti & Sundawati, 2011).

1) Hormon Plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon Pituitari

Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase kontrasepsi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan.

4) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara.

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah.

h. Perubahan sistem kardiovaskuler

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan homokonsentrasi. Pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti & Sundawati, 2011).

i. Perubahan sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental. Leukositosis terjadi dimana jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Pada awal post partum, jumlah haemoglobin, hematokrit, dan eritrosit sangat

bervariasi. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut (Yanti & Sundawati, 2011).

2.2.4 Adaptasi Psikologis Postpartum

a. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut : (Dewi & Sunarsih, 2011).

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan keridakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan orang lain.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

b. Post Partum Blues

Postpartum blues atau sering juga disebut *maternity blues* atau sindrom ibu baru, dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan pada minggu pertama setelah persalinan dengan ditandai dengan gejala-gejala seperti reaksi depresi/sedih/eforia, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, cenderung menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, *mood* mudah berubah, cepat menjadi sedih, cepat pula menjadi gembira, perasaan terjebak dan juga marah terhadap pasangannya, serta bayinya, perasaan bersalah, pelupa. Puncak dari *postpartum blues* ini 3-5 hari setelah melahirkan dan berlangsung dari beberapa hari sampai 2 minggu (Dewi & Sunarsih, 2011).

2.3 Konsep Dasar Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international association for the study of pain*).

Adapun pernyataan lain menurut Herdman & Kamitsuru, 2018 nyeri adalah awitan yang tiba-tiba atau lambat dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.

2.3.1 Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain : (Solehati & Kokasih, 2015).

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

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

2.3.2 Patofisiologi Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan beberapa jaringan tubuh lainnya. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung serat saraf aferen A delta dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang termal, mekanik, elektrik, atau rangsang kimiawi. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ ekstraseluler yang menyebabkan depolarisasi nosiseptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan

peradangan/inflamasi. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat, dan juga terjadi perangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptide (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah (Mangku & Senapathi, 2010).

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri antara lain : (Solehati & Kokasih, 2015).

1. Nyeri akut adalah suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan yang dapat meningkatkan persepsi nyeri.
2. Nyeri kronis adalah suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya yang biasanya terjadi pada rentang waktu 3 – 6 bulan.

Intensitas Nyeri

Klasifikasi nyeri antara lain : (Solehati & Kokasih, 2015).

1. Nyeri akut adalah suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan yang dapat meningkatkan persepsi nyeri.
2. Nyeri kronis adalah suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya yang biasanya terjadi pada rentang waktu 3 – 6 bulan.

2.3.5 Dampak Nyeri

Nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberikan dampak bagi ibu dan bayi seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu atau tidak terpenuhi. Apabila nyeri tidak segera diatasi akan menyebabkan *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang karena tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu dapat mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) terhadap daya tahan tubuh bayi (Afifah, 2009).

2.3.6 Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu : (Mangku & Senapathi, 2010).

- 1) Pendekatan farmakologis yaitu pendekatan kolaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri.
- 2) Pendekatan non farmakologis merupakan pendekatan menggunakan manajemen keperawatan secara mandiri salah satunya adalah teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson. Menurut Poetter dan Perry, 2006 penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis antara lain menggunakan sentuhan afektif, sentuhan terapeutik, akupresur, relaksasi dan teknik imajinasi, istraksi, hypnosis, kompres dingin atau kompres hangat,

stimulasi/*message* kutaneus, TENS (*transcutaneous electrical nervestimulation*) dan Relaksasi Benson.

a. Tujuan teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson

Relaksasi napas dalam berguna agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman (Widiattie, 2015).

Pelatihan relaksasi benson cukup efektif untuk memunculkan keadaan tenang dan rileks, menambah keimanan, dan kemungkinan akan mendapatkan pengalaman-pengalaman transendensi (Datak, 2008).

b. Persiapan untuk mencapai hasil yang baik yaitu :

Penanganan nyeri dilakukan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari atau saat nyeri mulai terasa, menciptakan ruangan yang nyaman dengan meminimalkan kebisingan dan gangguan, menganjurkan memilih posisi tidur terlentang atau duduk yang dirasakan paling nyaman, menganjurkan agar tetap rileks dan tenang, memilih doa untuk memfokuskan perhatian saat relaksasi.

c. Pelaksanaan teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi benson.

Klien diposisikan tidur terlentang atau duduk yang dirasakan paling nyaman, lengan diletakkan disamping badan pada posisi berbaring dan diletakkan diatas paha pada saat duduk, kaki tidak boleh disilangkan. Setelah itu tarik napas dalam perlahan melalui hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan. Perlahan-lahan udara dihembuskan

melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks. Hitung sampai 4, tarik napas pada hitungan 1 dan 2, keluarkan napas pada hitungan 3 dan 4. Lalu anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali. Lakukan kembali menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan hingga benar-benar rileks. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan (Trullen, 2013).

Klien dianjurkan untuk memejamkan mata dengan perlahan. Lalu, menganjurkan klien agar tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh dari ujung kaki sampai dirasakan rileks. Setelah itu, menganjurkan klien mulai bernafas dengan lambat lalu menarik napas melalui hidung, tahan 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut, disertai dengan mengucapkan *do'a* atau kata spiritual. Lakukan selama 15 menit. Klien dianjurkan untuk mengakhiri relaksasi dengan tetap menutup mata selama 2 menit, lalu membukanya dengan perlahan (Nurinayati, 2012).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik (Herdman & Kamitsuru, 2018).

- a. Identitas dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnose medis, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum, tanda-tanda vital (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

1) Riwayat kesehatan

Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Biasanya klien mengeluh nyeri pada abdomen (Maryunani, 2015).

Tindakan seksio sesarea elektif dilakukan dengan persiapan yang matang seperti pada kasus CPD (*Cephalopelvic disproportion*), letak lintang, plasentra previa, letak sungsang pada anak pertama, riwayat bekas operasi (misalnya seksio sesarea/miomektomi), dan pre eklamsi berat sedangkan tindakan seksio sesarea cito dilakukan pada kegagalan persalinan sebelumnya, gawat janin, partus tidak maju, partus terlantas (*neglected labor*), kegagalan vakum/forseps (Wiknjosastro, 2010).

2) Keluhan utama saat dikaji (Maryunani, 2015).

Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Keluhan ini diuraikan dengan metode

PQRST :

P = Paliatif/Propokatif

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.

Q = Quality/Quantity

Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya.

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti diiris-iris.

R = Region/Radiasi

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.

S = Severity,Skala

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

T= Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut.

Pada post partum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama. Seperti pada klien dengan post seksio sesarea apakah klien pernah seksio sesarea atau tidak sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi, DM , jantung, atau riwayat penyakit menular seperti hepatitis atau TBC dan apakah keluarga pasien juga mempunyai riwayat persalinan patologis.

b. Riwayat ginekologi dan obstetric

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, bau, cair gumpalan) menarche disminorhae, HPHT dan taksiran persalinan.

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan klien sebelum hamil, waktu dan lamanya penggunaan kontrasepsi, apakah ada masalah dengan kontrasepsi yang digunakan, jenis kontrasepsi yang akan digunakan setelah persalinan.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) 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.

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) Riwayat persalinan sekarang

Merupakan persalinan yang keberapa 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.

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

c. Pola aktivitas sehari-hari dirumah dan dirumah sakit

1) Pola nutrisi

Mencangkup makan : frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Biasanya pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi umum puasa sampai bising usus positif dan pada klien yang menjalani operasi dengan jenis anestesi spinal biasanya tidak harus puasa. Pada ibu post seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea. Jika pengaturan menu makan yang dilakukan oleh pasien kurang seimbang sehingga ada kemungkinan beberapa komponen gizi tidak akan terpenuhi.

2) 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.

3) Pola istirahat dan tidur

Mencangkup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Namun, pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan seksio sesarea.

4) Personal hygiene

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

5) Aktivitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit. Klien post seksio sesarea dengan tindakan anestesi spinal harus bedrest selama 24 jam. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan perdarahan per vagina.

d. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan fisik ibu

a) Keadaan Umum

Meliputi tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran composmentis (kesadaran maksimal), dan penampilan tampak baik, lemah dan terkadang sedikit pucat.

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan.

Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan adanya preeklamsi postpartum.

2) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia.

3) Pernapasan

Pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

4) Suhu

Satu hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5-38°C).

c) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan. Biasanya ibu setelah melahirkan mengalami penurunan berat badan sebagai akibat kelahiran/keluarnya bayi, plasenta dan keluarnya bayi, plasenta dan cairan amnion/ketuban.

d) Pemeriksaan fisik ibu

(1) Kepala

Perhatikan bentuk, distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan, benjolan dan lesi.

(2) Wajah

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

(3) Telinga

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

(4) Hidung

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

(5) Mulut

Keadaan mulut, warna dan mukosa bibir, keadaan gigi, jumlah gigi, pembesaran tonsil, warna dan kebersihan lidah, jumlah gigi dan adanya karies, dan nyeri pada saat menelan.

(6) Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan limfa, peningkatan vena jugularis, nyeri saat menelan, ada tidaknya kaku kuduk.

(7) Dada

Simetris/tidak, pada payudara dapat mengalami kongesti selama beberapa hari pertama post partum karena tubuhnya mempersiapkan untuk pemberian ASI. Kolostrum, cairan kuning jernih keluar dari payudara, adanya sumbatan ductus, kongesti, dan tanda-tanda mastitis potensial, payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan. Pada ibu post seksio sesarea, produksi ASI akan terhambat karena ibu mendapatkan obat-obatan penghilang rasa sakit sebelum operasi yang dapat menyebabkan tidak adanya respons untuk menyusui, pengosongan ASI yang tidak sempurna, payudara bengkak karena terdapatnya bendungan ASI, dan infeksi payudara (mastitis) (Kristiyanasari, 2009).

(8) Abdomen

Bentuk, striae dan linea, kontraksi uterus, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea. TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan sympisis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu TFU kembali dalam keadaan normal dengan berat 30 gram, kontraksi uterus keras seperti papan, bising usus biasanya tidak terdengar ketika masih terdapatnya efek obat anestesi dan biasanya mengalami pertambahan akibat efek samping obat anestesi ketika post seksio sesarea. Pada bagian abdomen biasanya terdapat luka operasi vertikal sepanjang ± 10 cm pada hari pertama post seksio sesarea terdapat eksudasi cairan tidak berbau atau berwarna, dan reaksi peradangan yaitu tumor (pembengkakan), rubor (kemerahan), calor (rasa panas), dolor (rasa nyeri), dan fungsi laesa (perubahan fungsi dari jaringan), kondisi luka bersih dan lembab, ketika ditekan terdapat keluaran cairan bening plasma karena proses penyembuhan luka, tidak terdapat jaringan kulit yang mati, tidak terdapat kemerahan dan edema disekitar luka, dan gangguan penyatuan pada luka (Murray & Helsmann, 2013).

(9) Punggung dan bokong

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

(10) Genetalia

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

(11) Anus

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

(12) Ekstremitas

Bentuk simetris atau tidaknya, adanya edema, ada tidaknya varises pada ekstremitas bawah, nyeri tekan, lesi. Pada ibu nifas, adaptasi sistem muskuloskeletal akan kembali seperti semula. Adaptasi ini termasuk relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravida ibu sebagai respon terhadap uterus yang membesar. Serta adanya perubahan ukuran pada kaki.

2) Pemeriksaan fisik bayi

Pemeriksaan fisik bayi

a) Keadaan umum

Meliputi tampilan, dan kesadaran bayi dilakukan dengan pemeriksaan APGAR Score dan mendeteksi kelainan kromosom atau cacat genetik dengan pemeriksaan amniosintesis.

b) Antropometri

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

e. Data psikologis

Sebanyak 80% dari perempuan mengalami gangguan suasana hati setelah melahirkan. Mereka merasa kecewa, sendirian, takut, tidak mencintai bayi mereka, dan merasa bersalah karena perasaan ini, atau kemungkinan mengalami baby blues (Dewi & Sunarsih, 2011).

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut Hartanti & Maryunani, 2015 :

- a. Pemeriksaan hemodinamik setiap 15 menit sekali
- b. Payudara : air susu atau puting untuk melihat apakah ada pembengkakan dan infeksi, karena umumnya diminggu 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 sisa plasenta.
- f. Pemeriksaan darah lengkap untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi.
- g. Analisa

Analisa data bertujuan untuk membantu perawat mempertimbangkan data yang sudah dikumpulkan dalam pengkajian atau untuk membantu mengidentifikasi data tambahan yang perlu dikumpulkan. Perawat mengumpulkan data dari pasien (atau keluarga/kelompok/masyarakat) dan kemudian menggunakan pengetahuan keperawatan, kemudian mengubah data tersebut menjadi informasi. Informasi dapat dilihat sebagai data dengan pertimbangan atau makna (Herdman & Kamitsuru, 2018). Dalam mengelompokan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari :

- a. Kebutuhan dasar atau fisiologis
- b. Kebutuhan rasa nyaman
- c. Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi diri

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

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) 2015* bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan pre eklamsi berat dengan seksio sesarea adalah (Nurarif & Kusuma, 2015) :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
- d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
- e. Gangguan eliminasi urine
- f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan
- g. Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan
- h. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum
- i. Konstipasi
- j. Risiko syok (hipovolemik)

- k. Risiko perdarahan
- l. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum

2.2.5 Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association 2018*, Rencana Asuhan Keperawatan Doenges et al., 2018, dan Buku Saku Patofisiologi Edisi Revisi 3 Elizabeth, 2009. Rencana keperawatan dengan diagnosa yang mungkin muncul dengan seksio sesarea adalah : (Herdman & Kamitsuru, 2018) (Doenges et. al, 2018) dan (Elizabeth, 2009).

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

Tabel 2.3 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan napas	NOC	<i>Mandiri</i>	
Definisi Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas.	Bersihan Jalan Napas Efektif	Tinggikan kepala 30 – 45 derajat.	Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernapasan dan ekspansi paru.
Batasan karakteristik - Tidak ada batuk.	- Mempertahankan/meningkatkan patensi jalan napas dengan pola pernapasan normal, bunyi napas jelas dan tidak bising, dan aspirasi dicegah.	Observasi frekwensi/irama pernapasan. Perhatikan penggunaan otot aksesori, pernapasan cuping hidung, pernapasan	Perubahan pada pernapasan, penggunaan otot aksesori pernapasan, dan/atau adanya ronki/mengi diduga ada retensi secret. Obstruksi jalan napas

<ul style="list-style-type: none"> - Suara napas tambahan.. - Perubahan pola napas - Perubahan frekuensi napas. - Sianosis. - Kesulitan verbalisasi. - Penurunan bunyi napas. - Dispnea. - Sputum dalam jumlah yang berlebihan. - Batuk yang tidak efektif. - Ortopnea. - Gelisah. - Mata terbuka lebar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendemons trasikan perilaku untuk meningkatkan an/mempert ahankan jalan napas paten/memb uang sekret. 	<p>mengorok/stridor, serak.</p> <p>Dorong menelan, bila pasien mampu.</p> <p>Dorong batuk efektif dan napas dalam.</p>	<p>(meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pola pernapasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan komplikasi, contoh pneumonia, henti napas.</p> <p>Mencegah sekret oral menurunkan risiko aspirasi.</p> <p>Memobilisasi sekret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukus berlebihan. - Terpajan asap. - Benda asing dalam jalan napas. - Sekresi yang tertahankan. - Perokok pasif. - Perokok. 		<p>Perhatikan keluhan pasien akan peningkatan disfagia, batuk nada tinggi, mengi.</p>	<p>Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak pada faring posterior.</p>
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spasme jalan napas. - Jalan napas alergik. - Asma. - Penyakit paru obstruksi kronis. - Eksudat dalam alveoli. - Hiperplasia pada dinding bronkus. - Disfungsi neuromuskular. 		<p>Awasi tanda vital dan perubahan mental.</p> <p>Auskultasi bunyi napas.</p>	<p>Takikardia/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan.</p> <p>Adanya mengi/ronki menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.</p>

- Adanya jalan napas buatan.		Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi.
	Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki.	
	Perubahan posisi secara periodik dan dorong pernapasan dalam.	Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan risiko atelectasis dan pneumonia. Pengenceran secret
	Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2 – 3 L/hari bila mungkin, hindari minum karbonat.	mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran.
	Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minum/makanan.	Memberikan keyakinan akan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat.
	Kolaborasi	Menurunkan risiko
	Berikan pelembaban udara atau O ₂ dengan kantung wajah.	muntah/regurgitasi dan aspirasi.
	Berikan antiemetic, contoh hidroksizin (Vistaril) sesuai indikasi.	Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi.

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

Tabel 2.4 Intervensi Nyeri Akut
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NIC	Mandiri	
<p>Definisi Pengalaman sensori dan emosional 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 diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan selera makan. - Perubahan pada parameter fisiologis. - Diaforesis. - Perilaku distraksi. - Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya. - Perilaku ekspresif. - Ekspresi wajah nyeri. 	<p>Tingkat Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan atau peredaan atau pengendalian nyeri. - Tampak relaks dan mampu tidur dan istirahat dengan baik. <p>NOC</p> <p>Pengendalian Nyeri Melakukan tindakan kenyamanan umum.</p>	<p>Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, dan intensitas (0 hingga 10 atau skala kode serupa).</p> <p>Pantau tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah, dan pola pernafasan. Perhatikan tanda nonverbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang, dan gelisah.</p> <p>Auskultasi bising usus, perhatian keluarnya flatus.</p> <p>Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress; suara berisik, pencahayaan, dan gangguan yang konstan.</p> <p>Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran.</p>	<p>Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.</p> <p>Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.</p> <p>Mengidentifikasi pemulihan bising usus.</p> <p>Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan koping.</p> <p>Menurunkan ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Sikap tubuh melindungi. - Putus asa. - Fokus menyempit. - Sikap melindungi area nyeri. - Perilaku protektif. - 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 instrument nyeri. 	<p>Diskusikan dengan/orang terdekat klien tentang tindakan penanganan nyeri yang efektif di masa lalu.</p>	<p>Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan individual.</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. - Agens cedera kimiawi. 	<p>Berikan tindakan kenyamanan, seperti menggosok punggung, pengaturan posisi, dan ambulasi.</p>	<p>Aktivitas, gerakan, dan tindakan kenyamanan dapat meredakan ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan meningkatkan kemampuan koping.</p>
	<p>Tinjau kembali dan dukung intervensi mandiri klien untuk mencapai kenyamanan. Posisi dan aktivitas atau non-aktivitas fisik.</p>	<p>Keberhasilan manajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien. Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.</p>
	<p>Evaluasi dan dukung mekanisme koping klien.</p>	<p>Menggunakan persepsi dan perilaku yang dimiliki untuk</p>

	mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan koping secara lebih efektif.
Anjurkan penggunaan teknik relaksasi, seperti latihan napas dalam, imajinasi terbimbing, visualisasi, dan aktivitas diversional.	Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan koping, mengurangi nyeri, dan ketidaknyamanan.
Bantu dengan atau berikan aktivitas pengalih dan teknik relaksasi.	Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian.
Kolaborasi Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik, dan analgesia dikendalikan pasien (<i>patient-controlled anesthesia</i>).	Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat.
Beri dan pantau transfusi sel darah merah.	Meskipun transfusi tidak menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna

- mempertahankan populasi sel darah merah normal.
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum.

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi

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

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik <ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen. - Nyeri abdomen. - Gangguan sensori rasa. - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal. - Kerapuhan perifer. - Diare. - Kehilangan rambut berlebihan. - Enggan makan. - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i>. - Bising usus hiperaktif. 	NOC Status Nutrisi <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan pertambahan berat badan yang progresif atau berat badan yang stabil, dengan nilai laboratorium yang normal. - Tidak mengalami tanda malnutrisi. 	Mandiri Kaji ulang riwayat nutrisi, termasuk pilihan makanan. Observasi dan catat asupan makanan klien. Timbang berat badan secara periodik secara tepat, seperti setiap minggu. Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering serta makanan ringan diantara waktu makan. Motivasi atau bantu higiene oral yang baik sebelum dan setelah makan; gunakan sikat gigi berbulu halus untuk menggosok gigi secara lembut. Kolaborasi	Mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan. Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi. Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi. Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung. Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi.

<ul style="list-style-type: none"> - Kurang informasi. - Kurang minat dalam makanan. - Tonus otot menurun. - Kesalahan informasi. - Kesalahan persepsi. - Membran mukosa pucat. - Ketidakmampuan memakan makanan. - Cepat kenyang setelah makan. - Sariawan rongga mulut. - Kelemahan otot mengunyah. - Kelemahan otot untuk menelan. - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat. 	<p>Konsultasikan dengan ahli gizi.</p>	<p>Bertujuan untuk menentukan rencana diet guna memenuhi kebutuhan individual.</p>
--	--	--

Faktor yang berhubungan

- Asupan diet kurang.
- Kesulitan ekonomi.

Populasi resiko

- Faktor biologis.
- Ketidakmampuan makan
- Gangguan psikososial

Kondisi terkait

- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient.
- Ketidakmampuan mencerna makanan.

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

Tabel 2.6 Intervensi Ketidakefektifan pemberian ASI
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Elizabeth, 2009).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI		<i>Mandiri</i>	
Definisi Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat memengaruhi nutrisi bayi/anak.		Evaluasi pola menghisap atau menelan bayi. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya <i>reflex rooting</i> , menghisap, dan terjaga).	Mengetahui kemampuan bayi dalam menyusui Mengetahui seberapa besar ibu ingin menyusui bayinya Isyarat menyusui dari bayi dapat memberitahu kapan ASI akan diberikan
Batasan Karakteristik <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakadeguan defekasi bayi. - Bayi mendekat ke arah payudara. - Bayi menangis pada payudara. - Bayi menangis dalam jam pertama menyusui. - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui. - Bayi tidak mampu <i>lath-on</i> pada payudara secara tepat - Bayi menolak <i>latching-on</i>. - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain. 		Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif.	Kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> bergantung pada ukuran mulut bayo dan ukuran puting serta areola ibu. Mulut bayi harus menutupi seluruh puting dan kira-kira 2 hingga 3 cm area disekitar puting. Hidung, pipi, dan dagu bayi akan menyentuh payudara ketika bayi melakukan <i>latch on</i> dengan benar.

<ul style="list-style-type: none"> - Ketidacukupan pengosongan payudara setelah menyusui. 	Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting.	Jika bayi melekat dengan benar, memungkinkan bayi menghisap secara efisien.
<ul style="list-style-type: none"> - Kurang penambahan berat badan bayi. 	Pantau integritas kulit puting ibu.	Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah/membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui.
<ul style="list-style-type: none"> - Tidak tampak pada pelepasan oksitosin. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Tampak ketidakadekuatan asupan susu. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui. 	Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis.	Mendeteksi secara dini adanya perubahan yang abnormal pada payudara.
<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan berat badan bayi terus-menerus. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Tidak mengisap payudara terus-menerus. 	Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar.	Kemampuan mengurangi kongesti payudara dapat mengurangi nyeri pada ibu.
Faktor yang berhubungan		
<ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan laktogen II. 	Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.	Mengetahui kecukupan ASI pada bayi.
<ul style="list-style-type: none"> - Suplai ASI tidak cukup. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga tidak mendukung. 	Kolaborasi	
<ul style="list-style-type: none"> - Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI. 	Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.	Membantu menjamin suplai susu adekuat.
<ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Kurang pengetahuan orang tua tentang 	Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI.	Menambah pengetahuan klien tentang manfaat

<p>pentingnya pemberian ASI.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskontinuitas pemberian ASI. - Ambivalensi ibu. - Ansietas ibu. - Anomali payudara ibu. - Kelelahan ibu. - Obesitas ibu. - Nyeri ibu. - Penggunaan dot. - Refleks isap bayi buruk. - Penambahan makanan dengan puting artifisial. 	<p>Demonstrasikan latihan menghisap bila perlu</p> <p>Diskusikan metode alternatif pemberian makan bayi</p>	<p>pemberian ASI untuk bayi.</p> <p>Latihan menghisap memberikan keberhasilan proses menyusui.</p> <p>Memenuhi nutrisi pada bayi agar tercukupi</p>
<p>Populasi Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi prematur. - Pembedahan payudara sebelumnya. - Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya. - Masa cuti melahirkan yang pendek. 		
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defek orofaring. 		

e. Gangguan eliminasi urine.

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan eliminasi urine	NOC	Mandiri	
Definisi Disfungsi eliminasi urine.	Eliminasi Urine Menunjukkan kontinuitas aliran urine, dengan haluaran adekuat	Evaluasi dan pertahankan kateter urine serta drain pada periode	Kebanyakan klien terpasang kateter Foley, kemungkinan kateter

<p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disuria. - Sering berkemih. - <i>Anyang-anyangan</i>. - Nokturia. 	<p>untuk individu.</p>	<p>situasi</p>	<p>pascaoperasi segera.</p>	<p>suprepubis, dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika <i>neobladder</i> telah dikonstruksi.</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyebab multiple. 			<p>Atur posisi slang dan kanton drainage sehingga memungkinkan aliran urine tanpa gangguan.</p>	<p>Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang meimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan kerusakan pada parenkim ginjal.</p>
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstruksi anatomik. - Gangguan sensori motorik. - Infeksi saluran kemih. 			<p>Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat.</p>	<p>Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik. Indikator keseimbangan cairan.</p>
			<p>Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer, turgor kulit, pengisian kapiler, dan mukosa oral. Timbang berat badan setiap hari.</p>	<p>Menggambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan.</p>
			<p>Kolaborasi</p>	
			<p>Berikan cairan, sesuai indikasi.</p>	<p>Membantu dalam mempertahankan hidrasi dan volume sirkulasi serta aliran urine yang adekuat.</p>

f. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan.

Tabel 2.8 Intervensi Gangguan Pola Tidur
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	Mandiri	
Definisi Intervasi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.	<ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan perbaikan dalam pola tidur/istirahat. - Mengungkapkan peningkatan rasa sejahtera/segara. 	<p>Tentukan kebiasaan tidur biasanya dan perubahan yang terjadi.</p> <p>Berikan tempat tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.</p> <p>Buat rutinitas tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.</p> <p>Cocokkan dengan teman sekamar yang mempunyai pola tidur serupa dan kebutuhan malam hari.</p> <p>Dorong beberapa aktivitas ringan selama siang hari. Jamin pasien berhenti beraktivitas beberapa jam sebelum tidur.</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>
Batasan karakteristik	<ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan berfungsi sehari-hari. - Kesulitan memulai tidur. - Kesulitan mempertahankan tetap tidur. - Ketidakpuasan tidur. - Tidak terasa cukup istirahat. - Terjaga tanpa jelas penyebabnya. 		
Faktor yang berhubungan	<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan karena cara tidur pasangan tidur. - Kendala lingkungan. - Kurang privasi. - Pola tidur tidak menyehatkan. 		
Kondisi terkait	<ul style="list-style-type: none"> - Imobilisasi. 		

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

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

Tabel 2.9 Intervensi Risiko Infeksi Area Pembedahan
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi area pembedahan	NIC	Mandiri	
Definisi Rentan terhadap invasi organisme patogenik pada area pembedahan, yang dapat mengganggu kesehatan.	Pengendalian Risiko - Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi.	Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien. Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka.	Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri.
Faktor risiko - Alkoholisme. - Obesitas. - Merokok.	NOC Keparahan Infeksi - Terbebas dari tanda infeksi; mencapai penyembuhan luka sesuai rencana, jika terdapat luka.	Berikan perawatan kulit, oral, dan peranal secara cermat. Tekankan perlunya memantau dan membatasi pengunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif, jika tepat.	Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.
Populasi berisiko - Suhu dingin diruang operasi. - Jumlah personel berlebihan selama prosedur pembedahan. - Peningkatan pemajaman lingkungan terhadap patogen. - Nilai status kesehatan fisik menurut <i>American Society of Anesthesiologist</i> (ASA) tidak optimal ≥ 2 . - Kontaminasi luka bedah.		Pantau suhu, perhatikan adanya menggigil dan takikardia engan atau tanpa demam.	Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan. Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan.
Kondisi terkait - Masalah penyerta.		Observasi eritema dan drainage luka.	Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi. Indikator infeksi luka.

<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes melitus. - Durasi pembedahan. - Hipertensi. - Imunosupresi. - Profilaktis antibiotik tidak adekuat. - Profilaktis antibiotik tidak efektif. - Infeksi pada area pembedahan lain. - Prosedur invasive. - Osteoarthritis pasca-traumatik. - Arthritis reumatoid. - Tipe anestesia. - Tipe prosedur bedah. - Penggunaan implant dan/atau prostese 	Kolaborasi	
	Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas, sesuai indikasi.	Memverifikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik, dan memengaruhi pilihan terapi.
	Berikan antiseptik topikal dan antibiotik sistemik.	Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius.

- h. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi berhubungan dengan kelelahan postpartum.

Tabel 2.10 Intervensi Defisit Perawatan Diri
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018)..

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Perawatan Diri: Mandi Definisi Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama setara mandiri.	NOC Perawatan Diri : mandi/kebersihan diri, makan, eliminasi. - Mendemonstrasikan perubahan teknik dan gaya hidup	Mandiri Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0 -4) untuk melaksanakan AKS.	Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual.

<p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi. - Ketidakmampuan menjangkau sumber air. - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh. - Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi. - Ketidakmampuan mengatur air mandi. - Ketidakmampuan membasuh tubuh. 	<p>untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri. - Mengidentifikasi sumber personal dan komunitas yang dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan. 	<p>Hindari untuk membantu klien melakukan hal-hal yang dapat klien lakukan sendiri, berikan bantuan sesuai kebutuhan.</p>	<p>Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas. - Penurunan motivasi. - Kendala lingkungan. - Nyeri. - Kelemahan. 		<p>Waspadai perilaku atau tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian.</p>	<p>Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien.</p>
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif. - Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh. - Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial. - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular. - Gangguan persepsi. 		<p>Pertahankan sikap suportif untuk upaya dan pencapaian.</p>	<p>Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan.</p>
<p>Defisit perawatan diri makan</p>		<p>Buat rencana untuk defisit visual yang ada.</p>	<p>Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian, dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya.</p>
		<p>Atur tempat tidur sehingga tubuh klien yang tidak mengalami</p>	<p>Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan.</p>

<p>Definisi Ketidakmampuan makan secara mandiri.</p>	<p>gangguan menghadap ke ruangan dengan sisi tubuh yang mengalami gangguan menghadap ke dinding.</p>	<p>Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur.</p>
<p>Batasan karakteristik</p>	<p>Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu-lalang.</p>	<p>Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri; mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri; dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara sosial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan memasukkan makanan ke mulut. - Ketidakmampuan mengunyah makanan. - Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan. - Ketidakmampuan memanipulasi makanan didalam mulut. - Ketidakmampuan membuka wadah makanan. - Ketidakmampuan mengambil cangkir. - Ketidakmampuan menyiapkan makanan. - Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri. - Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima. - Ketidakmampuan menelan makanan. - Ketidakmampuan menelan makanan dalam jumlah yang memadai. - Ketidakmampuan menggunakan alat bantu. 	<p>Berikan alat swabantu, seperti kancing atau kaitan ristleting (<i>zipper</i>), kombinasi pisau-garpu, sikat bergagang Panjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang dari lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter, dan kursi untuk mandi. Bantu dan anjurkan kebiasaan berpakaian yang baik dan berias.</p>	<p>Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan</p>

<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas. - Penurunan motivasi. - Ketidaknyamanan. - Kendala lingkungan. - Kelelahan. - Nyeri. - Kelemahan 	<p>Kaji kemampuan klien untuk mengomunikasikan kebutuhan untuk berkemih dan kemampuan menggunakan pispot berkemih atau pispot defekasi. Bawa klien ke kamar mandi sering dan jadwalkan interval untuk berkemih jika tepat.</p>	<p>proses rehabilitasi.</p> <p>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.</p>
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif. - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular. - Gangguan persepsi. 	<p>Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas.</p>	<p>Membantu pembentukan program pelatihan kembali (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).</p>
<p>Defisit perawatan diri: eliminasi</p>	<p>Kolaborasi</p>	<p>Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.</p>
<p>Definisi Ketidakmampuan untuk melakukan secara mandiri tugas yang berkaitan dengan eliminasi fekal dan urine.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplet - Ketidakmampuan menyiram toilet. - Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi. - Ketidakmampuan mencapai toilet. - Ketidakmampuan naik ke toilet. 	<p>Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.</p>	<p>Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat</p>

-
- Ketidakmampuan untuk duduk di toilet.
- meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri.

Faktor yang berhubungan

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

Kondisi terkait

- Gangguan fungsi kognitif.
 - Gangguan fungsi muskuloskeletal
 - Gangguan neuromuskular.
 - Gangguan persepsi.
-

i. Konstipasi

Tabel 2.13 Intervensi Konstipasi
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	Mandiri	
Definisi	Eliminasi Usus	Observasi warna feses, konsistensi, frekuensi, dan jumlah.	Membantu mengidentifikasi penyebab/faktor pemberat dan intervensi yang tepat.
Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeluaran feses tidak tuntas dan/atau feses yang keras, kering, dan banyak.	Membuat pola eliminasi yang cocok dengan kebutuhan fisik dan gaya hidup dengan jumlah dan konsistensi yang baik.	Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltik usus.	Distensi, dan hilangnya peristaltik usus merupakan tanda

Batasan karakteristik		bahwa fungsi defekasi hilang yang kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatik usus besar dengan tiba-tiba.
<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen. - Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot. - Anoreksia. - Penampilan tidak khas pada lansia. - Borborigmi. - Darah merah pada feses. - Perubahan pada pola defekasi. - Penurunan frekuensi defekasi. - Penurunan volume feses. - Distensi abdomen. - Keletihan. - Feses keras dan berbentuk. - Sakit kepala. - Bising usus hiperaktif. - Bising usus hipoaktif. - Tidak ada defekasi. - Peningkatan tekanan intraabdomen. - Tidak dapat makanan. - Feses cair. - Nyeri pada saat defekasi. - Massa abdomen yang dapat diraba. - Perkusi abdomen pekak. - Rasa penuh rektal. - Rasa tekanan rektal. - Sering flatus. 	<p>Tinjau pola diet dan jumlah serta tipe asupan cairan.</p> <p>Tekankan pentingnya mengunyah makanan dengan baik, asupan cairan yang adekuat dengan makanan dan setelah makan hanya konsumsi makanan tinggi serat dalam umlah sedang, dan menghindari selulosa.</p> <p>Tinjau makanan yang memang, atau mungkin, merupakan sumber flatus, seperti makanan berkarbonat, bit, kacang-kacangan, kubis, bawang merah, ikan, dan makanan berbumbu</p>	<p>Asupan serat dan <i>roughage</i> yang adekuat membentuk limbak (bulk), dan cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses.</p> <p>Mengurangi risiko obstruksi usus pada klien.</p> <p>Makanan-makanan tersebut dapat dibatasi atau dihilangkan, atau mungkin penting untuk mengosongkan kantong lebih sering jika makanan tersebut ditelan.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum. - Mengejan pada saat defekasi. - Muntah. 	<p>banyak; atau bau, seperti bawang merah, kubis, telur, ikan, dan kacang-kacangan.</p>	
<p>Faktor yang berhubungan</p>	<p>Anjurkan untuk melakukan pergerakan/ambulasi sesuai kemampuan.</p>	<p>Menstimulasi peristaltik yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen. - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia. - Konfusi. - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal. - Dehidrasi. - Depresi. - Perubahan kebiasaan makan. - Gangguan emosi. - Kebiasaan menekan dorongan defekasi. - Kebiasaan makan buruk. - Higiene oral tidak adekuat. - Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat. - Adupan serat kurang. - Asupan cairan kurang. - Kebiasaan defekasi tidak teratur. - Penyalahgunaan laksatif. - Obesitas. 	<p>Kolaborasi</p>	<p>Makanan padat akan dimulai pemberiannya sampai peristaltik kembali timbul/sampai ada flatus dan adanya kemungkinan bahaya ileus paralitik dapat dipastikan tidak ada.</p>
	<p>Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien.</p>	<p>Mungkin perlu untuk menghilangkan istensi abdomen meningkatkan kebiasaan defekasi yang normal.</p>
	<p>Berikan selang rektal, supositoria, dan enema jika diperlukan.</p>	<p>Melembekkan feses, meningkatkan fungsi defekasi sesuai kebiasaan, menurunkan ketegangan.</p>
	<p>Berikan obat laksatif, pelembek usus sesuai kebutuhan.</p>	

-
- Perubahan lingkungan baru.

Kondisi terkait

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

j. Risiko syok (hipovolemik).

Tabel 2.14 Risiko Syok (hipovolemik)
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	<i>Mandiri</i>	
Definisi Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.	Status Sirkulasi - Pertahankan dan tingkatkan perfusi jaringan yang ditandai oleh tanda-tanda vital stabil, kulit hangat, denyut perifer teraba, AGD dalam batas normal, dan	Investigasi perubahan pada tingkat kesadaran dan laporan tentang lambung atau sakit kepala. Investigasi laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri.	Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat penurunan darah arteri. Dapat mencerminkan iskemia jantung akibat penurunan perfusi.
Faktor resiko			

- Akan dikembangkan.	haluaran urine adekuat.	Auskultasi denyut apikal. Pantau laju dan ritme jantung, jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan.	Distritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.
Kondisi terkait <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensi. - Hipovolemia. - Hipoksemia. - Hipoksia. - Infeksi. - Sepsis. - Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome</i> (SIRS)). 		Kaji kulit untuk dingin; pucat; diaphoresis; pengisapan kapiler terlambat; serta denyut perifer yang lemah dan rapuh.	Vasokonstriksi adalah respons simpatis untuk menurunkan volum sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopressin.
		Catat haluaran urine dan berat jenis. Pasang kateter Foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi.	Penurunan perfusi sistemik dapat menyebabkan isekemia dan gagal ginjal, ditandai dengan penurunan haluaran urine.
		Observasi kulit untuk pucat dan kemerahan. Masase secara perlahan menggunakan losion. Ubah posisi secara sering.	Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari.
		Kolaborasi	
		Pantau AGD dan oksimetri nadi.	Mengidentifikasi hipoksemia dan

	efektivitas serta kebutuhan terapi.
Sediakan oksigen supplemental, jika diindikasikan.	Menangani hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut.
Berikan cairan IV, sesuai indikasi.	Mengganti dan mempertahankan volume sirkulasi dan perfusi. Panduang untuk penggantian cairan adalah 3 mL cairan untuk setiap 1 mL kehilangan darah. (Rujuk ke DN: risiko perdarahan)

k. Risiko perdarahan.

Tabel 2.15 Risiko Perdarahan
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko perdarahan	NOC	Mandiri	
Definisi Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	Keparahan Kehilangan Darah - Tidak menunjukkan perdarahan aktif.	Pantau asupan dan haluaran (I&O).	Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian.
Faktor risiko - Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan.		Pantau tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernafasan, penurunan tekanan darah, diaphoresis, pucat, pengisian kapiler lambat, dan membrane mukosa kering.	Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.
Populasi berisiko - Riwayat jatuh.			
Kondisi terkait - Aneurisme.			Dapat menggambarkan

<ul style="list-style-type: none"> - Koagulapati intravaskuler diseminata. - Gangguan gastrointestinal. - Gangguan fungsi hati. - Koagulapati inheren. - Komplikasi pascapartum. - Komplikasi kehamilan. - Trauma. - Program pengobatan. 	<p>Kaji kegelisahan, konfusi, dan perubahan perilaku.</p>	<p>penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan.</p>
	<p>Inspeksi balutan dan drain luka. Timbang balutan, jika diperlukan. Periksa adanya pembentukan hematoma. Pertahankan catatan akurat subtotal larutan dan produk darah selama terapi penggantian.</p>	<p>Tanda perdarahan persisten dapat tampak jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum. Potensi adanya transfusi cairan yang berlebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi.</p>
	<p>Pertahankan tirah baring; cegah muntah dan mengejan ketika defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang bebas gangguan. Hilangkan stimulasi yang mengganggu.</p>	<p>Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.</p>
	<p>Kolaborasi</p> <p>Pantau pemeriksaan laboratorium, sesuai indikasi, seperti: Hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht)</p>	<p>Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.</p>

	dan sel darah merah.	Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.
	Pemeriksaan koagulasi dan hitung trombosit.	Dapat memerlukan cairan tambahan, jika asupan oral tidak adekuat, atau produk darah, jika terjadi kehilangan darah berlebihan.
	Berikan terapi intravena (IV) atau produk darah, jika diindikasikan.	

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

Tabel 2.16 Defisiensi Pengetahuan
(Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et al., 2018).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisiensi pengetahuan	NOC	Mandiri	
Definisi Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.	Pengetahuan: Manajemen postpartum - Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.	Tinjau kembali prosedur dan harapan di masa yang akan datang. Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien.	Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi. Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah.
Batasan karakteristik - Ketidakakuratan mengikuti perintah. - Ketidakakuratan melakukan tes. - Perilaku tidak sehat. - Kurang pengetahuan.	Perawatan diri terhadap postpartum - Mengungkapkan pemahaman	Pelajari kembali anatomi, fisiologi,	Memberi pengetahuan dasar

<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang informasi. - Kurang minta untuk belajar. - Kurang sumber pengetahuan. - Keterangan yang salah dari orang lain. 	<p>tentang postpartum.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan secara tepat prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan tindakan. - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan. 	<p>dan dampak intervensi bedah. Diskusikan harapan dimana yang akan akan datang.</p> <p>Tinjau proses penyakit, prognosis, dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui.</p>	<p>sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu.</p>
<p>Kondisi terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan fungsi kognitif. - Gangguan memori. 			<p>Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi.</p>
		<p>Sertakan sumber tertulis dan gambar.</p>	<p>Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri.</p>
		<p>Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan pasca bedah, sesuai kebutuhan.</p>	<p>Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi resiko perawatan pasca bedah yang tidak tepat.</p>
		<p>Tekankan pentingnya nutrisi yang baik; dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet.</p>	<p>Meningkatkan penyembuhan dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan pascaoperasi.</p>
		<p>Dorong nutrisi optimal.</p>	<p>Meningkatkan penyembuhan luka dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan.</p>

Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan.	Perubahan berat badan dapat mempengaruhi kadar gizi pada klien.
Diskusikan program obat individual, jika tepat.	Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi.
Diskusikan dimulainya kembali tingkat aktivitas sebelum pembedahan dan kemungkinan gangguan tidur, anoreksia, dan kehilangan minat dalam melakukan aktivitas yang biasa.	Klien harus mampu mengelola aktivitas yang sama seperti yang sebelumnya disukai dan pada beberapa kasus meningkatkan tingkat aktivitas, kecuali untuk olahraga kontak.

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Perawat menggunakan dua intervensi yaitu mandiri atau independent dan kolaborasi atau interdisipliner. Implementasi kolaborasi tumpang tindih dengan perawatan yang diberikan oleh para professional kesehatan lain (mis., dokter, terapis fisik) (Herdman & Kamitsuru, 2018).

2.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terjadi pada setiap langkah dalam proses keperawatan serta rencana perawatan yang telah dilaksanakan (Herdman & Kamitsuru, 2018).