

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada prodi D III Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh:

DINA HERDIANA
NIM : AKX.16.038



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

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

OLEH

**DINA HERDIANA
AKX.16.038**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
15 April 2019

Menyetujui

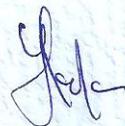
Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Ade Tika Herawati, M.Kep

NIK : 10107069



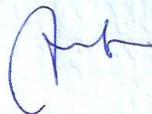
Iceu Komalaningsih, SKM

NIK : 10218003

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH
DINA HERDIANA
AKX.16.038**

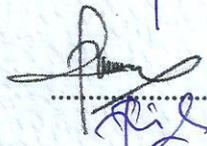
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal, 16 April 2019.

PANITIA PENGUJI

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

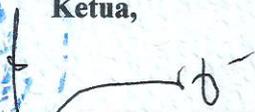
Anggota :

1. Sri Lestari Kartikawati, M.Keb
(Penguji I)
2. Inggrid Dirgahayu, S.,Kep MKM
(Penguji II)
3. Iceu Komalanengsih, SKM
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

.....


**Menyetujui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**

**R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dina Herdiana

NPM : AKX.16.038

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Sectio Caesarea* Dengan
Nyeri Akut Di Ruang Delima RSUD Ciamis.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 15 April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Dina Herdiana

AKX.16.038

ABSTRAK

Latar Belakang : WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara, tingkat persalinan di Indonesia menurut RISKESDAS 17,6%, di Jawa Barat adalah 15,5%. *Sectio caesarea* (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Melahirkan secara SC akan memerlukan waktu penyembuhan luka uterus atau rahim yang lebih lama dari pada persalinan normal. Luka akan terasa nyeri selama luka tersebut belum kering. Hal ini menyebabkan klien mengalami nyeri akut. Asuhan keperawatan pada pasien SC dapat berupa mengkaji tanda-tanda vital, mengukur skala nyeri. **Metode :** mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post SC dengan masalah keperawatan nyeri akut **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 masalah belum teratasi pada hari ketiga dengan skala nyeri ringan, hal ini karena klien 1 dan 2 sudah diperbolehkan pulang sehingga intervensi dilanjutkan di rumah. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post SC. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya, sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword: Askep, Nyeri akut, Post SC

Daftar Pustaka: 15 Buku (2009-2017),2 Jurnal (2016-2018),1 Website

ABSTRACT

Background: WHO set the indicator of labor SC 5-15% for each country. The level of labor in Indonesia according to RISKESDAS of 17,6%, in West Java there was 15,5%. *Sectio caesarea* (SC) is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the wall of the uterus through the front wall of the stomach. SC delivery will require healing time of the uterine or uterine wounds that are longer than normal labor. Wounds will feel painful as long as the wound is not dry. This causes the client to experience acute pain. **Method:** explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was conducted on two post SC patients with acute pain nursing problems. **Results:** after nursing care acute pain in clients 1 and 2 problems have not been resolved on the third day with a mild pain scale, this is because clients 1 and 2 are allowed to go home so intervention continued at home. **Discussion:** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to each post SC client. This is influenced by the condition or health status of the previous client, so the nurse must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keyword: nursing care, pain acute, Post SC

Bibliography: 15 Book (2009-2017),2 Jurnal (2016-2018),1 Website

KATA PENGANTAR

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

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

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

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

6. Dr. H. Aceng Solahudin A, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Dedeh, S.ST selaku CI ruangan Delima yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Ny. S dan Ny. R yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.
10. Kedua orang tua dari penulis Bapak Maman Hermansyah dan Ibu Rohayati, yang telah memberi wejangan, semangat, bantuan dalam moril maupun materil kepada penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah, serta Athafariz Januar Hermansyah selaku adik dari penulis. Terimakasih Ibu, Bapak dan Deatha untuk menjadi alasan di atas segalanya.
11. Nisriani Fauziah, Sonia Deysti dan Wildan Rizki, kalian sahabat serta keluarga yang selalu ada dalam keadaan apapun, meluangkan waktu untuk mendengarkan keluh kesah penulis, selalu memberikan dukungan, doa kepada penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.
12. Sahabat PK2, Rosyidah (oci), Nisriani (puji), Sonia, Nabila (inces), Jeni (jenia), Pramudita (mas pram), Wildan, Munir, Putra, Bang Irsab (ayah), Idham, selaku sahabat tersayang yang selalu memberikan keceriaan, semangat, masukan kepada penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.

13. Heny Santoso, Ilma Yasifa, Neng Triska, Rossa (oca) serta Rakhmat Aldi yang telah memberikan dukungan, motivasi, mau bertukar pikiran dengan penulis, dan membantu dalam banyak hal kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
14. Teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XII tahun 2016 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
15. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 15 April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Asbtrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	xv
Daftar Gambar	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat	4
1.4.1. Teoritis	5
1.4.2. Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Teori	7
2.1.1. <i>Sectio Caesarea</i>	7
A. Definisi	7
B. Anatomi dan Fisiologi Abdomen	7
C. Konsep Penyakit	9
D. Patofisiologi	10
E. Klasifikasi	10
F. Penatalaksanaan	12
G. Pemeriksaan penunjang	13
H. Pathway	14
2.1.2. Konsep Dasar Masa Nifas (Pueperium)	15
A. Definisi	15
B. Tahapan Masa Nifas	15
C. Perubahan Fisologis Masa Nifas	16
D. Adaftasi Psikologis Ibu Masa Nifas	24
2.1.3. Manajemen Nyeri	25
A. Definisi	25
B. Klasifikasi Nyeri	26
C. Patofosiologi Nyeri	27

D. Penatalaksanaan	29
E. Pemeriksaan penunjang	34
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Post SC	36
2.2.1. Pengkajian	36
2.2.2. Diagnosa Keperawatan pada Klien Post Partum	49
2.2.3. Rencana Keperawatan	50
2.2.4. Implementasi Keperawatan	85
2.2.5. Evaluasi Keperawatan	86
BAB III METODE PENELITIAN	87
3.1. Desain Penelitian	87
3.2. Batasan Istilah	87
3.3. Responden/Subjek Penelitian	88
3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian	89
3.5. Pengumpulan data	89
3.6. Uji Keabsahan Data	90
3.7. Analisis data	91
3.8. Etik Penelitian	93
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	95
4.1. Hasil	95
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	95
4.1.2. Pengkajian	96
4.1.3. Analisa Data	111
4.1.4. Diagnosa Keperawatan	113
4.1.5. Perencanaan (Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)	116
4.1.6. Implementasi	123
4.1.7. Evaluasi	131
4.2. Pembahasan	132
4.2.1. Pengkajian	132
4.2.2. Diagnosa Keperawatan	135
4.2.3. Perencanaan	141
4.2.4. Implementasi	147
4.2.5. Evaluasi	155
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	157
5.1. Kesimpulan	157
5.2. Saran	160
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uteri	17
Tabel 2.2 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	51
Tabel 2.3 Intervensi nyeri akut	54
Tabel 2.4 Ketidakseimbangan nutrisi	57
Tabel 2.5 Ketidakefetifan pemberian ASI	61
Tabel 2.6 Gangguan eliminasi urine	63
Tabel 2.7 Gangguan pola tidur	66
Tabel 2.8 Resiko infeksi	67
Tabel 2.9 Defisisit perawatan diri	70
Tabel 2.10 Konstipasi	73
Tabel 2.11 Resiko syok (hipovolemik)	75
Tabel 2.12 Resiko perdarahan	78
Tabel 2. 13 Defisiensi Pengetahuan	84
Tabel 4.1 Identitas klien	96
Tabel 4.2 Riwayat kesehatan	97
Tabel 4.3 Riwayat genekologi dan obtetric	98
Tabel 4.4 Pola aktivitas sehari-hari	101
Tabel 4.5 Pemeriksaan fisik	102
Tabel 4.6 Data psikologis	107
Tabel 4.7 Data sosial	108
Tabel 4.8 Kebutuhan bounding attachment	108
Tabel 4.9 Kebutuhan pemenuhan seksual	109
Tabel 4.10 Data spiritual	109
Tabel 4.11 Pengetahuan tentang perawatan diri	109
Tabel 4.12 Hasil pemeriksaan diagnostik	110
Tabel 4.13 Program dan rencana pengobatan	110
Tabel 4.14 Analisa data	111
Tabel 4.15 Diagnosa keperawatan	113
Tabel 4.16 Intervensi	116

Tabel 4.17 Implementasi	123
Tabel 4.18 Evaluasi	123

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Sectio Caesarea</i>	14
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran III	Jurnal Penelitian I
Lampiran IV	Jurnal Penelitian II
Lampiran V	Format Review Artikel
Lampiran VI	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran VII	Lembar Observasi
Lampiran VIII	SAP Manajemen Nyeri
Lampiran IX	Leaflet Manajemen Nyeri
Lampiran X	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APGAR	: <i>Appereance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
GCS	: <i>Galsgow Coma Scale</i>
HPHT	: Haid Pertama Haid Terakhir
IUD	: <i>Intrauterine Device</i>
KB	: Keluarga Berencana
MOW	: Metode Operatif Wanita
NANDA	: <i>North American Nurse Diagnosis Association</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scale</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uterus
TT	: <i>Tetanus Toksoid</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
VDS	: <i>Verbal Deskriptif Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran abdomen	8
Gambar 2.2 Klasifikasi <i>Sectio Ceasarea</i>	10
Gambar 2.3 Penatalaksanaan	29
Gambar 2.4 Skala deskriptif verbal	35
Gambar 2.5 <i>Numerical rating scale</i>	35
Gambar 2.6 Skala analog visual	36

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Saat ini banyak jenis persalinan yaitu persalinan normal dan persalinan dengan tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono,2010). Menurut Amru Sofian (2013), indikasi dilakukannya SC diantaranya disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri mengancam, partus lama, partus takmaju, preeklamsi-eklamsi, janin letak lintang, letak bokong.

Survei yang telah dilakukan menurut *World Health Organization* (WHO, 2015), angka kejadian *Sectio Caesarea* (SC) meningkat di negara - negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara. Di rumah sakit pemerintah rata – rata 11%, dan angka kejadian SC di Inggris sekitar 20% dan 29,1%. Jika tidak sesuai indikasi operasi SC dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

Menurut RISKESDAS tahun 2018 tingkat persalinan SC di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO 5-15%. Tingkat persalinan SC di Indonesia 17,6%, sedangkan yang melakukan persalinan normal sekitar 81,6%. Sedangkan angka persalinan secara SC di Jawa Barat adalah 15,5%.

Berdasarkan data statistik medical record di RSUD Ciamis periode desember 2017 sampai Juni 2018 jumlah pasien yang ada di ruang Delima 1.345 pasien. Dengan kasus 47% ibu yang melahirkan normal, dan 53% pasien yang dilakukan persalinan secara SC.

Namun demikian operasi SC tidak lepas dari resiko atau masalah. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), masalah keperawatan yang dapat terjadi pada ibu post partum dengan tindakan SC dapat berupa ketidakefektifan bersihan jalan napas, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ketidakefektifan pemberian ASI, hambatan eliminasi urin, gangguan pola tidur, resiko infeksi, defisit perawatan diri, konstipasi, resiko syok, resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan.

Setiap tindakan pembedahan SC dapat menimbulkan berbagai keluhan dan gejala, dimana salah satu keluhan yang sering muncul adalah nyeri. Nyeri adalah pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi rusak (Suwondo et al. 2017). Waqila & Jupriyono (2016) menyebutkan bahwa nyeri tersebut dapat menimbulkan berbagai masalah, seperti masalah laktasi yakni ibu menunda memberikan ASI dan masalah mobilisasi dini, sehingga dapat menghambat proses pemulihan fungsi pencernaan pasca anestesi.

Asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien post SC dapat berupa, mengkaji lokasi nyeri, skala nyeri, frekuensi nyeri, dan kapan nyeri dirasakan, mengobservasi tanda-tanda vital, mengajarkan teknik nonfarmakologi,

melakukan penyuluhan tentang manajemen nyeri. Penanganan nyeri pada pasien post SC dapat berupa terapi farmakologi dan non farmakologi. Oleh karena itu dengan dilakukannya teknik aromaterapi lavender pada ibu post partum dapat menurunkan intensitas nyeri, dan diantaranya dengan menghirup aromaterapi lavender selama 30 menit, menciptakan ruangan yang tenang dan nyaman bagi klien. Dengan menghirup aroma lavender maka akan meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu kita untuk merasa rileks (Waqila & Jupriyono, 2016).

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan post SC dengan masalah nyeri akut. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana, penatalaksanaan, dan mengevaluasinya. Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post partum SC melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Sectio Caesarea Dengan Nyeri Akut Di Ruang Delima Rsud Ciamis”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami Post Op SC Dengan Nyeri di Ruang Delima RSUD Ciamis.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Klien Post op SC Dengan Nyeri di Ruang Delima RSUD Ciamis 2019.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Op SC Dengan Nyeri Di Ruang Delima RSUD Ciamis 2019.
- 2) Mampu menetapkan diagnosa Keperawatan pada klien Post Op SC Dengan Nyeri Di Ruang Delima RSUD Ciamis 2019.
- 3) Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien Post Op SC Dengan Nyeri di Ruang Delima Di RSUD Ciamis 2019 berdasarkan prioritas sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang dihadapi oleh klien.
- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Op SC Dengan Nyeri Di Ruang Delima Di RSUD Ciamis 2019.
- 5) Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien Post Op SC Dengan Nyeri Di Ruang Delima Di RSUD Ciamis 2019.

1.3.3. Manfaat

Melalui penelitian ini di harapkan dapat diperoleh manfaat sebagai berikut:

1) Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan wawasan tentang terapi aromaterapi dengan masalah keperawatan nyeri pada klien

yang mengalami Post op *Sectio Caesarea* untuk mahasiswa, perawat, institusi, dan Rumah Sakit.

2) Manfaat praktis

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

a) Bagi Perawat

Penulis berharap karya tulis Ilmiah ini dapat lebih mengoptimalan tentang penanganan nyeri pada klien Post op *Sectio Caesarea* dengan teknik aromaterapi bagi perawat.

b) Bagi rumah sakit

Sebagai masukan kepada pihak Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya penanganan nyeri pada klien dengan Post op *Sectio Caesarea* yang pada akhirnya kepuasan pasien dalam pemberian pelayanan di rumah sakit akan terpenuhi.

c) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menambah informasi dan sarana pembelajaran bagi mahasiswa agar dapat dikembangkan pada penelitian selanjutnya tentang penanganan nyeri pada klien Post Op *Sectio Caesarea*.

d) Bagi klien

Penulis berharap dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan khususnya bagi keluarga klien

untuk mengetahui cara penanganan nyeri selain dengan farmakologi dapat juga dilakukan non farmakologi yaitu misalnya menggunakan teknik aromaterapi jika terasa nyeri paska Post Op *Sectio Caesarea*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Sectio Caesarea

A. Definisi

Sectio caesarea (SC) adalah cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, SC juga dapat di definisikan sebagai suatu hysterotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2013).

Menurut Sarwono (2010) mengatakan bahwa *sectio caesarea* merupakan persalinan buatan dengan insisi pada perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

B. Anatomi dan Fisiologi Abdomen

1. Kuadran Abdomen

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

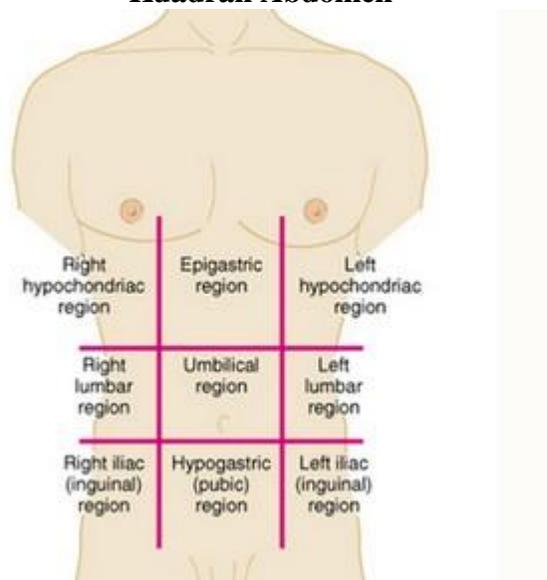
a. Garis Vertikal

Melalui pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan simfisis pubis.

b. Garis Horizontal

- 1) Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak bersebrangan dengan vertebra lumbalis III.
- 2) Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak stinggi korpus vertebra lumbalis V (Rasjidi, 2009).

Gambar 2.1
Kuadran Abdomen



Sumber : Rajidi, 2009.

2. Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda : kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstrapéritoneum, dan peritoneum (Rasjidi, 2009).

a. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi : jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membranous di bawahnya (*fasia scarpa*) (Rasjidi, 2009).

b. Otot dan Fasia

Rasjidi, 2009 :

1) Otot – otot dinding ventral abdomen :

- a) M. Rektus abdominalis
- b) M. Piramidalis

2) Otot – otot dinding leteral abdomen :

- a) M. Obliquus abdominalis eksternus
- b) M. Obliquus abdominalis internus
- c) M. Transversus abdominalis

C. Konsep penyakit

Berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, disproporsi sefalopelvic (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, solutio plasenta

tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsi, atas permintaan, kehamilan disertai penyakit, gangguan perjalanan persalinan.

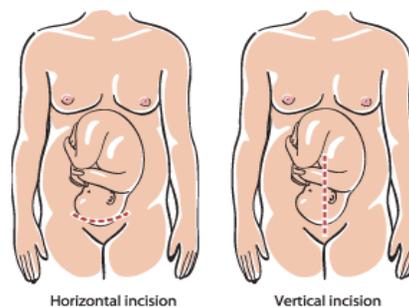
Berasal dari janin yaitu fetal distress atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forsep ekstraksi (Nurarif dan Kusuma, 2015).

D. Patofisiologi

Terjadinya kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan SC (Jtowiyono, 2010).

E. Klasifikasi Sectio Caesarea

Gambar 2.2
Klasifikasi *Sectio Caesarea*



Sumber : Sofian, 2011

1. Sectio Caesarea Klasik (*Korporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- 1) Pengeluaran janin lebih cepat
- 2) Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih.
- 3) Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal.

Kekurangan :

- 1) Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- 2) Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan.

Saat ini, teknik tersebut jarang dilakukan karena banyak kekurangannya.

2. Sectio Caesarea Ismika (*Profunda*)

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

Kelebihan :

- a. Penjahitan luka lebih mudah
- b. Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik.
- c. Tumpang tindih *peritoneal flap* sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.

- d. Perdarahan kurang.
- e. Dibandingkan dengancara kalsik, kemungkinan ruptur uteri spontan kecil.

Kekurangan :

- a. Luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya arteri uterina yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak.
- b. Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan.

F. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada pasien yang menjalani sectio caesarea adalah sebagai berikut :

1. Berikan cairan intravena sesuai indikasi
2. Jenis anestesi regional atau spinal
3. Informed consent
4. Tes laboratorium atau diagnostik sesuai indikasi
5. Pemberian oksigenasi sesuai indikasi
6. Observasi tanda-tanda vital di ruang pemulihan
7. Pemasangan kateter urin.

Penatalaksanaan medis pada pasien yang sudah menjalani sectio caesarea adalah sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan Medis
 - a. Analgesia

- b. Terapi cairan dan diet
2. Penatalaksanaan keperawatan
 - a. Observasi tanda-tanda vital.
 - b. Observasi visika urinarius dan usus.
 - c. Ambulasi.
 - d. Perawata luka.
 - e. Laboratorium.
 - f. Perawatan payudara.
 - g. Memulangkan klien dari rumah sakit.

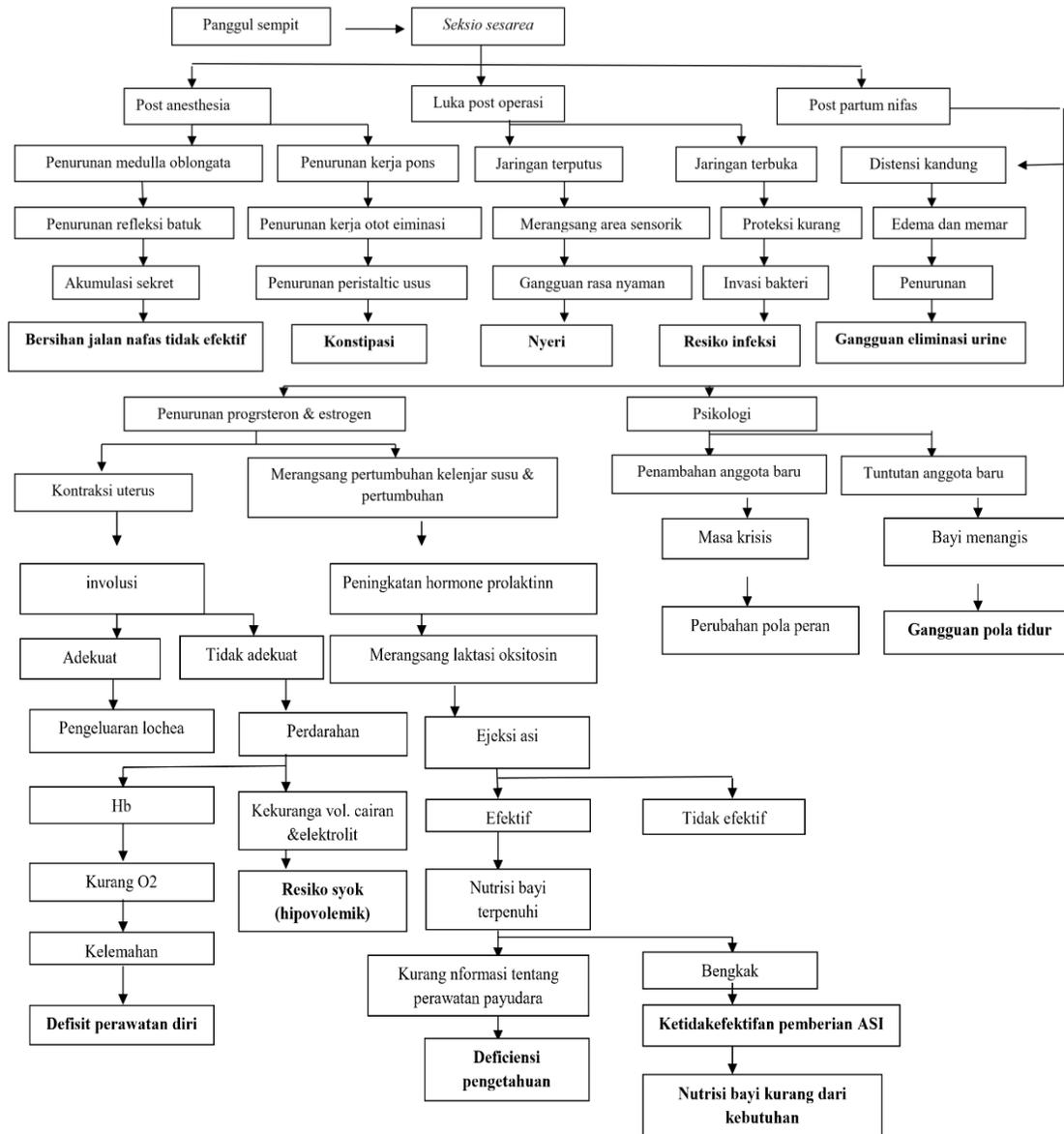
G. Pemeriksaan Penunjang

(Nurarif & kusuma, 2015):

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. Elektrolit
4. Hemoglobin
5. Golongan darah
6. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
7. Ultrasound sesuai indikasi

H. Pathway

Bagan 2.1
Pathway Sectio Caesarea
Pathway Sektio Sesarea



Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.1.2. Konsep Dasar Masa Nifas

A. Definisi

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

B. Tahapan Masa Nifas

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

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

persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

C. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

(Nurjannah et al. 2013) :

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

1) Involusi uterus

Involusi merupakan proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan decidua/endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari decidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (mati/layu). Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan, suatu campuran antara darah dan cairan yang disebut lochea (Nurjannah et al. 2013). Tabel berikut menggambarkan perubahan-perubahan yang normal pada uterus selama masa nifas.

Tabel 2.1
Involusi uterus

Waktu	Bobot uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Pada akhir persalinan	900 – 1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
Pada akhir minggu 1	450 – 500 gram	7,5 cm	2 cm
Pada akhir minggu ke 2	200 gram	5,0 cm	1 cm
Sesudah akhir 6 minggu	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Nurjanah et al. 2013

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3 sampai 6 minggu. Lochea berwarna merah yang persisten selama 10 hari, keluarnya bau lochea yang tajam merupakan tanda-tanda patologis, yang menunjukkan tertahannya produk konsepsi atau adanya infeksi juga dapat mempredisposisi terjadinya perdarahan pasca partum sekunder, yang didefinisikan sebagai perdarahan berlebih dari saluran genitalia yang terjadi selama lebih

dari 24 jam setelah melahirkan (Nurjannah et al. 2013).

Adapun macam-macam lochea :

- a) *Loche rubra (cruenta)*, berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari postpartum.
- b) *Lochea sanguinolenta*, berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 postpartum.
- c) *Lochea serosa*, berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari ke 7-14 postpartum.
- d) *Lochea alba*, cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum.

3) Serviks

Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara

korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

4) Vulva dan vagina

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

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6) Payudara

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu (ASI), yang merupakan makanan pokok terbaik bagi bayi. Produksi ASI masih sangat

dipengaruhi oleh faktor kejiwaan ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

1) Motilitas

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

2) Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa awal pasca partum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Diet postpartum harus mendapatkan nutrisi seimbang dan cukup makanan bergizi untuk mensuplai tambahan kalori dan nutrisi yang diperlukan selama masa laktasi.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

d. Perubahan Sistem Musculoskeletal

1) Dinding perut dan peritoneum

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

2) Kulit abdomen

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

3) Striae

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

4) Perubahan ligamen

Ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur mengecil kembali seperti sedia kala.

Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi.

5) Simpisis pubis

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

e. Perubahan Tanda-tanda Vital

1) Suhu badan

Dalam waktu 24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena adanya pembendungan ASI sehingga payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan ada infeksi pada endometrium, mastitis atau sistem lain.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi, syok atau perdarahan postpartum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg sistole dan 10 mmHg diastole tekanan darah normal 120/80 mmHg. Jika tekanan darah rendah sampai 90/80 mmHg kemungkinan setelah ibu melahirkan terjadi karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

4) Pernapasan

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

D. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

(Nurjannah et al. 2013) :

1. *Masa taking in* (fokus pada diri sendiri)

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

2. *Masa taking on* (fokus pada bayi)

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

3. *Masa letting go*

Masa ini terjadi bila ibu sudah pulang dari RS dan melibatkan keluarga. Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial.

2.1.3. Manajemen Nyeri

A. Definisi

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

Nyeri adalah suatu sensori yang tidak menyenangkan dari satu pengalaman emosional yang disertai kerusakan jaringan secara aktual/potensial (*Medical Surgical Nursing*).

Nyeri adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan dan disebabkan oleh stimulus spesifik mekanis, kimia, elektrik pada ujung - ujung syaraf serta tidak dapat diserahterimakan kepada orang lain. Nyeri yang dirasakan seseorang bersifat personal dan unik, dimana setiap individu berbeda dan tidak dapat disamakan meskipun mempunyai kondisi yang sama. Dari hasil beberapa penelitian tentang melahirkan melalui operasi *Sectio Caesarea* menunjukkan bahwa melahirkan secara *Sectio caesarea* akan memerlukan waktu penyembuhan luka uterus yang lebih lama daripada persalinan normal. Selama luka belum benar – benar sembuh rasa nyeri bisa saja timbul pada luka tersebut.

B. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, sesudah tindakan pembedahan, nyeri saat/sesudah melahirkan atau inflamasi. Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti : peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengertukan wajah atau menyeringai. Klien akan melaporkan secara verbal adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan (Prasetyo, 2010).

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik berlangsung lebih lama dari pada nyeri akut, kualitas nyerinya bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

Nyeri kronik dapat dirasakan oleh klien hampir setiap harinya dalam periode yang panjang (beberapa bulan atau bahkan tahun), pada kasus tertentu, nyeri berakhir hanya dengan berakhirnya kehidupan klien, seperti contoh pada kasus klien dengan kanker

stadium terminal. Tanda dan gejala yang tampak pada nyeri kronik sangat beda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Tanda-tanda vital seringkali dalam batas normal dan tidak disertai dengan dilatasi pupil, tanda dan gejala pada nyeri kronik adalah timbulnya keputusasaan terhadap penyakitnya, kelesuan, penurunan libido dan berat badan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Klien mungkin akan melaporkan adanya kelemahan dan kelelahan. Mengerang, menangis dan menjerit karena kesakitan.

C. Patofisiologi

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan epidermis kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf aferen A delta dan C (Mangku & Senapathi, 2017). Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi rangsangan nyeri yang berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan (Prasetyo, 2010).

Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimuli nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologik, yang disebut sebagai nosisepsi, ada empat proses yang terjadi menurut Mangku & Senapathi (2017), yaitu :

1. Transduksi (*transduction*)

Adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen mengantarkan stimulus ke dalam impuls reseptor nyeri. Ada dua tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-delta dan serabut saraf C. Serabut saraf A-delta mempunyai karakteristik menghantarkan nyeri dengan cepat, sedangkan serabut saraf C berukuran sangat kecil dan bersifat lambat dalam menghantarkan nyeri.

2. Transmisi (*transmission*)

Proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A-delta dan serabut saraf C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.

3. Modulasi (*modulation*)

Modulasi adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Dengan demikian kornu posterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutupnya atau terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas.

4. Persepsi (*perception*)

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

D. Penatalaksanaan

1. Tindakan Farmakologi

World Health Organization (WHO) mengkombinasikan penggunaan obat-obatan analgesik dan obat-obatan adjuvan yang efektif untuk mengontrol nyeri. Obat-obat adjuvan adalah obat yang digunakan untuk meningkatkan kemanjuran dari obat opiat, menghilangkan gejala-gejala yang timbul bersamaan dengan serangan nyeri dan bertindak sebagai analgesik pada tipe nyeri tertentu.

Gambar 2.3
Penatalaksanaan



Sumber : Prasetyo, 2010

Pada tangga di atas merekomendasikan bahwa penggunaan analgetik yang disertai atau tidak disertai adjuvan ditentukan oleh tingkat keparahan dari nyeri yang dirasakan. Untuk nyeri ringan (1-3 pada

skala 0-10) maka direkomendasikan penggunaan pada tangga pertama yaitu nonopioid yang disertai atau tanpa obat-obatan adjuvan. Apabila nyeri yang dirasakan klien menetap atau skala nyeri meningkat (nyeri sedang skala 4-6 pada skala 0-10), WHO merekomendasikan penggunaan opioid lemah, disertai atau tanpa nonopioid, dan disertai atau tanpa obat adjuvan. Apabila dengan pemberian obat pada tangga ke tiga nyeri masih menetap atau bahkan meningkat (nyeri berat skala nyeri 7-10 pada skala 0-10) opioid kuat dapat digunakan, nonopioid sebaiknya diteruskan dan obat adjuvan juga harus dipertimbangkan penggunaannya.

2. Terapi Nonfarmakologi

Tindakan pengontrolan nyeri nonfarmakologi digunakan untuk mendukung terapi farmakologi yang sudah diberikan. Dalam pelaksanaannya, klien dan keluarga perlu dilibatkan dalam merencanakan tindakan nonfarmakologi sehingga ketika klien dan keluarga dapat melakukannya dengan efektif ketika harus menjalani perawatan di rumah. Jenis tindakan nonfarmakologi diantaranya :

a. Relaksasi Dengan Pernapasan

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Dengan memperhatikan kontrol pernafasan, diharapkan kondisi ibu menjadi rileks, dimana

seluruh sistem saraf, organ tubuh, dan panca indra ibu beristirahat untuk melepaskan ketegangan.

b. Distraksi

Distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal lain di luar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasienterhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

c. Akupuntur

Akupuntur adalah terapi pengobatan kuno yang berasal dari china, di mana akupuntur menstimulasi titik-titik tertentu pada tubuh untuk meningkatkan aliran energi di sepanjang jalur meridian.

d. Akupresur

Terdapat beberapa teknik akupresur yang dapat dilakukan oleh klien secara mandiri untuk membebaskan rasa nyeri. Klien dapat menggunakan ibu jari untuk memberikan tekanan pada titik akupresur untuk membebaskan ketegangan pada otot kepala, bahu atau leher.

e. Aromaterapi

Aromaterapi adalah terapi yang menggunakan *essensial oil* atau sari minyak murni untuk membantu memperbaiki atau menjaga kesehatan, membangkitkan semangat, menyegarkan

serta membangkitkan jiwa raga. *Essensial oil* yang digunakan disini meruoakan cairan hasil sulingan dari berbagai jenis bunga, akar, pohon, biji, getah, daun dan rempah-rempah yang memiliki khasiat untuk mengobati.

Aroma berpengaruh langsung terhadap otak manusia, seperti halnya narkotika. Hidung memiliki kemampuan untuk membedakan lebih dari 100.000 aroma berbeda yang mempengaruhi dan itu terjadi tanpa disadari. Aroma tersebut mempengaruhi bagian otak yang berkaitan dengan mood, emosi, ingatan, dan pembelajaran.

Aromaterapi mempunyai efek yang positif karena diketahui bahwa aroma yang segar, harum merangsang sensori, reseptor dan pada akhirnya mempengaruhi organ yang lainnya sehingga dapat menimbulkan efek terhadap emosi. Aroma ditangkap oleh reseptor di hidung yang kemudian memberikan informasi lebih jauh ke area di otak yang mengontrol emosi dan memori maupun memberikan informasi juga ke hipotalamus yang merupakan pengatur sistem internal tubuh, termasuk sistem seksualitas, suhu tubuh, dan reaksi terhadap stress.

Aromaterapi dapat mempengaruhi *lymbic system* di otak yang merupakan pusat emosi, suasana hati atau mood, dan memori untuk menghasilkan bahan neurohormon endorphin dan

encephalin, yang bersifat sebagai penghilang rasa sakit dan serotonin yang berefek menghilangkan ketegangan atau stres.

Aromaterapi mempunyai beberapa keuntungan sebagai tindakan *supportive*. Berikut salah satu jenis aromaterapi yaitu :

1) Lavender

Bunga lavender yang digunakan sebagai aromaterapi ini mengandung linalool. Linalool adalah kandungan aktif utama yang berperan pada efek anti cemas (relaksasi) pada lavender, wangi yang dihasilkan bunga lavender akan menstimulus talamus untuk mengeluarkan enkefalin, berfungsi untuk menghambat nyeri fisiologis. Enkefalin sama halnya dengan endorphen yang dihasilkan secara alami oleh tubuh dan memiliki kemampuan untuk menghambat transmisi nyeri, sehingga nyeri berkurang.

Minyak lavender diperoleh dengan cara distilasi bunga. Komponen kimia utama yang dikandungnya adalah meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak dan gelombang inilah yang membantu untuk menciptakan keadaan yang rileks. Minyak esensial lavender dapat digunakan untuk mengurangi nyeri, pijatan dengan menggunakan minyak lavender dapat mengurangi persepsi nyeri.

Lavender dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Disamping itu lavender juga dapat mengurangi rasa tertekan, stress, rasa sakit, emosi yang tidak seimbang, rasa frustrasi.

a) Indikasi Pemberian Aromaterapi Lavender

- (1) Diberikan pada pasien yang mengalami nyeri ringan sampai nyeri sedang.
- (2) Klien yang mengalami keluhan kecemasan.
- (3) Klien yang mengalami insomnia.

b) Kontraindikasi Pemberian Aromaterapi Lavender

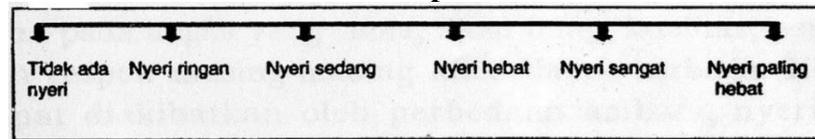
Sejauh ini tidak terdapat kontraindikasi serta tidak menimbulkan sensitivitas dan iritasi saat digunakan di kulit maupun tidak mengiritasi mukosa sehingga aromaterapi bunga lavender aman untuk menurunkan intensitas nyeri.

E. Pemeriksaan penunjang

1. Skala Deskriptif Verbal (*Verbal Deskriptif Scale*, VDS)

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

Gambar 2.4
Skala Deskriptif Verbal

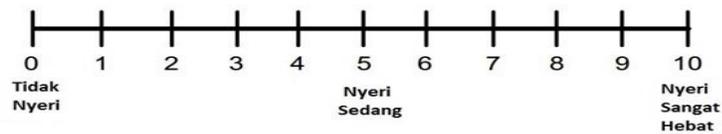


Sumber : Prasetyo, 2010

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

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

Gambar 2.5
Numerical rating scale



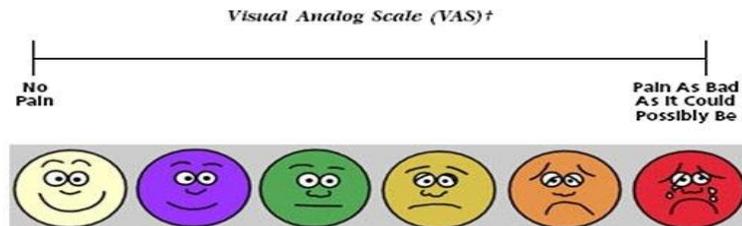
Sumber : Prasetyo, 2010

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

Merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala analog visual merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena dapat mengidentifikasi setiap titik

pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

Gambar 2.6
Skala Analog Visual



Sumber : Prasetyo, 2010

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Post SC

2.2.1 Pengkajian

Dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

1. Identitas klien

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

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

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

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi. Biasanya pada klien post operasi seksio sesarea mengeluh nyeri pada bagian luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan cara PQRST :

Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat, pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris – iris dan nyeri dirasakan di daerah abdomen biasanya tidak ada penyebarannya ke daerah lain, skala nyeri yang dirasakan klien dan seberapa besar gangguannya diukur dengan skala nyeri 0-10, pada klien postpartum dengan SC biasanya nyeri dirasakan hilang timbul dengan frekuensi tidak menentu tergantung aktifitas yang dilakukan (Chapman & Cathy, 2013).

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien dengan postpartum SC akan mengalami penyakit yang sama sebelumnya (Hipertensi/ plasenta previa), sehingga pada kehamilan berikutnya akan dilakukan operasi SC (Maryunani, 2015).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

3. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

a. Riwayat Ginekologi

1) Riwayat Menstruasi

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

2) Riwayat Perkawinan

Usia perkawinan, umur klien dan suami saat kawin, pernikahan yang ke berapa bagi klien dan suami (Sulistyawati, 2009).

3) Riwayat Keluarga Brencana

Beberapa bentuk kontrasepsi dapat berakibat buruk pada janin, ibu, atau keduanya (Mitayani, 2009), KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Chapman & Cathy, 2013).

b. Riwayat Obstetric

1) Riwayat Kehamilan

a) Riwayat Kehamilan Dahulu

Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakumekstraksi), masalah obstetrik, dalam kehamilan (preeklampsia dan lain – lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan konginetal bayi, status kehidupan bayi jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Cathy, 2013).

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 memeriksakan kehamilannya (Sulistyawati, 2009).

2) Riwayat Persalinan

a) Riwayat Persalinan Dahulu

Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak (Sulistyawati, 2009).

b) Riwayat Persalinan Sekarang

Merupakan persalinan yang ke berapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lamanya persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan *Appereance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration* (APGAR) score dalam 5 menit pertama dan 5 menit kedua (Sulistyawati, 2009).

3) Riwayat Nifas

a) Riwayat Nifas Dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Sulistyawati, 2009).

b) Riwayat Nifas Sekarang

Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Sulistyawati, 2009).

4. Pola Aktivitas Sehari-hari

Sulistyawati, 2009 :

- a. Kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi : jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan. Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.
- b. Pola Eliminasi
Eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urin (buang air kecil). Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan saat sakit, yang meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.
- c. Pola Istirahat Tidur
Mencakup tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu, lama dan keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan *sectio caesarea*.

d. Pola Personal Hygiene

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

e. Pola Aktivitas

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

5. Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

a. Pemeriksaan Fisik Ibu

1) Keadaan Umum

Pada klien dengan post partum biasanya kesadaran composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat (Sulistyawati, 2009).

2) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, frekuensi nadi 65-80 x/menit, mepada hari pertama dan kembali normal pada hari ketiga, tekanan darah dan respirasi normal (Sulistyawati, 2009).

3) Antropometri

Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil dan BB setelah melahirkan, pada masa post partum ibu biasanya akan kehilangan BB lebih kurang 5-6 kg yang disebabkan oleh keluarnya plasenta dengan berat kurang 750 gram, darah dan cairan amnion kurang lebih 1000 kg, sisanya berat badan bayi (Mitayani, 2009).

4) Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala

Perhatikan bentuk kepala, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

b) Wajah

Perhatikan bentuk wajah, ada pitting edema pada dahi, terdapat *chloasma gravidarum*.

c) Mata

Warna konjungtiva dan sklera, bentuk mata, kebersihan, pergerakan bola mata, reflek pupil terhadap cahaya, fungsi penglihatan, kelainan dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

d) Telinga

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

e) Hidung

Bentuk, pernapasan cuping hidung, kebersihan, ada tidak nyeri tekan, gangguan pada fungsi penciuman.

f) Mulut

Keadaan bibir, mukosa bibir, keadaan lidah, adakah gigi yang berlubang, ada tidak gangguan pada fungsi pengecap, adakah nyeri saat menelan.

g) Leher

Ada tidak pembesaran tyroid dan kelenjar limfe, peritonitis, nyeri saat menelan, adakah peningkatan vena jugularis dan kaku kuduk.

h) Dada

(1) Paru-paru

Amati pola nafas apakah ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan kaji respirasi dalam satu menit.

(2) Jantung

Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

(3) Payudara

Periksa bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak pada payudara. Puting payudara menonjol, datar atau masuk

kedalam. Adakah kolostrum atau cairan lain yang keluar dari puting klien, periksa payudara untuk mengetahui adanya retraksi atau dimpling, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila kemungkinan terdapat massa atau pembesaran pembuluh limfe.

i) Abdomen

Pada periode postpartum abdomen menjadi lunak dan lembut. Adanya/tidak striae dan linea gravidarum, TFU pada saat bayi lahir setinggi pusat, 2 hari setelah melahirkan TFU 2 jari di bawah pusat, 1 minggu setelah melahirkan TFU pertengahan symphysis, 6 minggu setelah melahirkan bertambah kecil dan setelah 8 minggu, kontraksi uterus teraba seperti papan (Mitayani, 2009).

j) Punggung dan Bokong

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

k) Genetalia

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

l) Anus

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

m) Ekstermitas

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

b. Pemeriksaan Fisik Bayi

1) Keadaan Umum

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

2) Antropometri

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

6. Data Psikologis

1) Adaptasi Psikologi Post Partum

Ada 3 periode dalam adaptasi post partum yaitu *Taking In, Taking Hold, Letting Go* (Nurjanah et al. 2013).

2) Konsep Diri

Rohmah & Walid, 2009 :

a) Gambaran Diri

Sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar.

b) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana klien harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau personal tertentu.

c) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

d) Peran diri

Sikap dan perilaku, nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat.

e) Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

7. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

8. Kebutuhan *Bounding Attachment*

Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori (Nurjanah et al. 2013).

9. Kebutuhan Pemenuhan Seksual

Mengidentifikasi tentang kebutuhan klien terhadap pemenuhan seksual pada masa post partum/nifas (Nurjana eta al. 2013)

10. Data Spiritual

Nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk juga praktik ibadah yang yang dijalankan klien sebelum sakit sampai sampai saat sakit (Warohmah & Walid, 2009).

11. Pengetahuan Tentang Perawatan Diri

Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri; breast care, perawatan luka perineum dan episiotomi, perawatan luka dirumah, senam nifas, KB dan lain-lain (Mitayani, 2009).

12. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

(Nurarif & Kusuma, 2015)

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemeriksaan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin
- e. Golongan darah
- f. Amniosentesis terhadap maturasi paru janin sesuai indikasi
- g. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- h. Ultrasound sesuai pesanan.

13. Analisa Data

Menurut teori Sulistyawati 2009, langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan data dan analisa data dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Pada Klien Post Partum

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* 2015 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post partum dengan *sectio caesarea* adalah (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas (mokus dalam jumlah berlebihan), jalan napas alergik (respon obat anestesi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomi)
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan nutrisi post partum
4. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui
5. Gangguan eliminasi urine
6. Gangguan pola tidur berhubung dengan kelemahan
7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

8. Defisit perawatan diri : mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan post partum
9. Konstipasi
10. Resiko syok (hipovolemik)
11. Resiko perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan : perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) 2015 Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan *sectio caesarea* adalah (Nurarif & Kusuma, 2015).

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

Tabel 2.2
Intervensi Ketidakefektifan bersihan jalan napas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan bersihan jalan nafas Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batuk • Suara napas tambahan • Perubahan pola nafas • Perubahan frekwensi napas • Sianosis • Kesulitan verbalisasi • Penurunan bunyi napas • Dipsneu • Sputum dalam jumlah yang berlebihan • Batuk yang tidak efektif • Orthopnea • Gelisah • Mata terbuka lebar 	NOC ❖ Respiratory status: Ventilation ❖ Respiratory status: Airway patency Kriteria Hasil: ❖ Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) ❖ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) ❖ Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas	NIC ❖ Airway suction ❖ Pastikan kebutuhan oral/tracheal suctioning - Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning - Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning - Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan - Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal - Gunakan alat yang steril setiap	Waktu tindakan suction yang tepat melapangkan jalan nafas pasien Mengetahui adanya suara nafas tambahan dan keefektifan jalan nafas untuk memenuhi O ₂ pasien Memberikan pemahaman kepada keluarga mengenai indikasi kenapa dilakukan tindakan suction. Nafas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru atau jalan nafas kecil Memberi cadangan

<p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucus berlebihan • Terpajan asap • Benda asing dalam jalan napas • Sekresi yang tertahan • Perokok pasif • Perokok <p>Kondisi terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasme jalan nafas • Jalan nafas alergik • Asma • Penyakit paru obstruksi kronik • Eksudat dalam alveoli • Hyperplasia pada dinding bronkus • Infeksi • Disfungsi neuromuscular • Adanya jalan nafas buatan 	<p>melakukan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dan nasotrakeal - Monitor status oksigen pasien - Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suksion - Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂, dll. ❖ Airway Management - Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu - Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 	<p>oksigen untuk menghindari hipoksia</p> <p>Mencegah infeksi nosocomial</p> <p>Memberikan ekspansi pada paru-paru setelah tindakan</p> <p>Mengetahui adanya perubahan nilai SaO₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan</p> <p>Memberi pemahaman keluarga bagaimana tindakan yang akan dilakukan Mempertahankan jalan nafas dengan tidak mengganggu saluran nafas jika terjadi perubahan</p> <p>Menjamin jalan masuknya udara ke paru secara normal</p> <p>Posisi ventilasi maksimal membuka area atelectasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan nafas besar untuk dikeluarkan</p>
--	---	---

-
- | | |
|---|--|
| - Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan | Menentukan indikasi pemasangan dan tindakan |
| - Pasang mayo bila perlu | Menjaga kepatenan jalan nafas |
| - Lakukan fisioterapi dada jika perlu | Meningkatkan efisiensi pola pernafasan dan membersihkan jalan nafas |
| - Keluarkan sekret dengan batuk atau suction | Batuk dapat memudahkan pengeluaran secret |
| - Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan | Untuk mengetahui adanya penurunan atau tidaknya ventilasi atau bunyi tambahan |
| - Lakukan suction pada mayo | Suction pada mayo tidak mengganggu jalan nafas dan dapat memberi kenyamanan pasien |
| - Berikan bronkodilator bila perlu | Menurunkan kekentalan secret |
| - Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab | Mencegah pengeringan membrane mukosa |
| - Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan | Membantu mengencerkan secret sehingga mudah dikeluarkan |
-

- Monitor respirasi dan status O ₂	Mengetahui adanya perubahan nilai SaO ₂ dan status hemodinamik, jika terjadi perburukan suction bias dihentikan
---	--

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

2. Nyeri akut berhubungan dengan terpususnya kontinuitas jaringan.

Tabel 2.3
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
<p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for Study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan selera makan • Perubahan parameter fisiologis • Diaforesis • Perilaku distraksi • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Level ❖ Pain Control ❖ Comfort Level <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain Management <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan. - Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 	<p>Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien</p> <p>Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh klien</p> <p>Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri</p> <p>Membantu mengurangi nyeri</p>

<p>untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku ekspresif • Ekspresi wajah nyeri • 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi 	<p>Untuk mengurangi faktor yang dapat memperburuk rasa nyeri</p> <p>Untuk mengetahui adakah terjadi pengurangan rasa nyeri yang dirasakan klien bertambah</p> <p>Pemberian “health education” dapat mengurangi tingkat kecemasan dan membantu klien dalam membentuk mekanisme koping terhadap rasa nyeri</p> <p>Untuk mengurangi tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien</p> <p>Agar nyeri yang dirasakan klien tidak bertambah</p> <p>Untuk menangani nyeri yang dirasakan</p> <p>Untuk mengetahui apa yang memperberat terjadinya nyer</p> <p>Agar klien mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera kimiawi • Agen cedera fisik 		

-
- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri
 - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
Rasa nyeri lebih dapat teratasi
 - Tingkatkan istirahat
Gara dapat mengurangi nyeri
 - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
Apabila keluhan nyeri belum berkurang
 - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
Untuk mengurangi efek samping lanjut dari rasa nyeri

❖ Analgesic

- Administration
- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
Untuk mengetahui intervensi apa yang harus dilakukan Selanjutnya
 - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
Untuk menjaga keselamatan pasien dalam pemberian obat
 - Cek riwayat alergi
Supaya tidak memperburuk keadaan pasien
 - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
Untuk penatalaksanaan terapi yang lebih baik
-

- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri	Mempercepat kurangnya rasa nyeri
- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal	Supaya memilih analgetik yang benar
- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur	Untuk memberikan pengobatan nyeri secara teratur
- Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	Mengetahui adanya perubahan sesudah dan sebelum diberikan analgetik
- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	Menangani nyeri yang sesuai
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	Mengetahui efektivitas yang akurat tentang analgetik yang sudah diberikan

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.4
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC ❖ Nutritional status:	NIC ❖ Nutritional Management	

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional status: food and fluid intake ❖ Nutritional status: Nutrient Intake ❖ Weight control 	- Kaji adanya alergi makanan	Untuk menghindari rasa mual dan muntah
Batasan karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen • Nyeri abdomen • Menghindari makanan • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal • Kerapuhan kapiler • Diare • Kehilangan rambut berlebihan • Enggan makan • Asupan makan kurang dari <i>recommended daily allowance</i> (RDA) • Bising usus hiperaktif • Kurang informasi • Kurang minat pada makanan • Tnus otot menurun • Kesalahan informasi • Kesalahan persepsi • Mamban mukosa pucat • Ketidakmampuan memakan makanan • Cepat kenyang setelah makan • Sariawan rongga mulut • Kelemahan otot pengunyah • Kelemahan otot untuk menelan • Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat 	Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan ❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan ❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi ❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi ❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan ❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 	Pengawasan kehilangan dan alat kebutuhan nutrisi Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh Dapat meningkatkan energy pasien Untuk mencegah konstipasi Untuk membantu dalam proses pemenuhan nutrisi klien Mengerti membuat catatan makanan harian dapat meningkatkan pola makan klien
Faktor Yang Berhubungan:	<ul style="list-style-type: none"> • Asupan diet kurang 		
Populasi Berisiko:	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor biologis 		

<ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 	<p>Pemantauan jumlah nutrisi dan kalori dapat meningkatkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh</p>
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient • Ketidakmampuan mencerna makanan • Ketidakmampuan makan • Gangguan psikososial 	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan 	<p>Untuk mengetahui kebutuhan nutrisi klien</p> <p>Mengetahui status nutrisi yang dibutuhkan</p>
	<p>❖ Nutrition Monitoring</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 	<p>Mengetahui status berat badan klien</p> <p>Mengidentifikasi seberapa besar penurunan berat badan</p> <p>Aktivitas mempengaruhi respon klien terhadap kondisi fisik</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan 	<p>Untuk sebagian orang makan merupakan kegiatan social. Kesendirian saat makan dapat mengurangi motivasi untuk mempersiapkan makanan bergizi lingkungan yang tidak nyaman dapat mempengaruhi selera makan</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor lingkungan selama makan 	<p>Klien merasa masih ada orang yang memperhatikannya</p>

-	Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi	Mencegah atau menurunkan insiden komplikasi
-	Monitor turgor kulit	Turgor kulit jelek dapat menggambarkan keadaan klien
-	Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah	Tindakan ini membantu klien dalam perawatan personal hygiene klien
-	Monitor mual dan muntah	Mual dan muntah mempengaruhi penurunan nutrisi
-	Monitor kadar albumin, protein, Hb, dan kadar Ht	Memonitor status nutrisi
-	Monitor pertumbuhan dan perkembangan	Mengetahui status pertumbuhan klien
-	Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	Mengetahui status pertumbuhan klien
-	Monitor kalori dan intake nutrisi	Untuk menjamin nutrisi adekuat/ meningkatkan kalori total
-	Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral	Menentukan keadaan cairan dan nutrisi per oral
-	Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	Mengetahui masalah kesehatan klien

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.5
Ketidakefektifan pemberian ASI

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC	NIC	
<p>Definisi: Kesulitan memberi susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status gizi bayi/anak.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakadekuatan defekasi bayi • Bayi mendekat ke arah payudara • Bayi menangis pada payudara • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui • Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui • Bayi tidak mampu <i>latch on</i> pada payudara secara tepat • Bayi menolak <i>latching on</i> • Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang menambah berat badan bayi • Tidak tampak tanda pelepasan ositosisin 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding Ineffective ❖ Breathing Pattern Ineffective ❖ Breastfeeding Interrupted <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kemandapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Kemandapan Pemberian ASI : IBU : kemandapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI ❖ Pemeliharaan pemberian ASI : keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/toddler 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Breastfeeding Assistance - Evaluasi pola menghisap / menelan bayi - Tentukan Keinginan Dan Motivasi Ibu untuk menyusui - Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya reflex rooting, menghisap dan terjaga) - Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch-on</i> dan menghisap secara efektif - Pantau keterampilan ibu 	<p>Upaya meningkatkan produksi ASI, nutrisi, meningkatkan frekuensi menyusui</p> <p>Untuk mengetahui gambaran dan motivasi ibu menyusui</p> <p>Dapat mengetahui kesenjangan proses pemberian air susu ibu (ASI) ibu</p> <p>Monitor apakah bayi dapat menghisap dengan baik, monitor posisi bayi pada dada ibu, dan monitor apakah mulut bayi sudah berada tepat pada puting susu ibu</p> <p>Untuk mengetahui kemampuan teknik</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui • Penurunan berat badan bayi terus menerus • Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Penyapihan Pemberian ASI: ❖ Diskontinuitas progresif pemberian ASI ❖ Pengetahuan Pemberian ASI : tingkat pemahaman yang ditunjukkan megenal laktasi dan pemberian makan bayi melalui proses pemberian ASI ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan segera ibu mengindikasikan kepuasa terhadap pemberian ASI ibu tidak mengalami nyeri tekan pada puting mengenali tanda-tanda penurunan suplai ASI 	<p>dalam menempelkan bayi ke puting</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau integritas kulit puting ibu - Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis - Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi ❖ Breast Examination ❖ Lactation Supresion - Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI - Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI - Ajarkan pengasuh bayi mengenai topik-topik, seperti penyimpanan dan pencairan ASI dan 	<p>menyusui yang dilakukan leh ibu nifas</p> <p>Identifikasi atau intervensi dini dapat mencegah / membatasi terjadinya luka dan pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui</p> <p>Dapat mengetahui kesenjangan kondisi ibu dalam intervensi</p> <p>Melihat berat badan dan proses eliminasi bayi apakah sudah berespon dengan baik</p> <p>Untuk membantu mempertahankan keberhasilan pemberian ASI</p> <p>Menambah wawasan di bidang promosi kesehatan untuk menggalakkan ibu menyusui dan teknik memompa ASI</p> <p>Untuk meningkatkan informasi dalam pencairan ASI dan menghindari</p>
<p>Faktor Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterlambatan laktogen II • Suplai ASI tidak cukup • Keluarga tidak mendukung • Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI • Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI • Diskontinuitas pemberian ASI • Ambivalen ibu • Ansietas ibu • Anomaly payudara ibu • Keletihan ibu • Obesitas ibu • Nyeri ibu • Penggunaan dot • Refleks isap bayi buruk • Penambahan makanan dengan puting artifisial <p>Populasi Berisiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi premature • Pembedahan payudara sebelumnya • Riwayat kegagalan menyusui sebelumnya 	<p>Yang</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Masa cuti melahirkan yang pendek 	penghindaran memberi susu botol pada dua jam sebelum ibu pulang	pemberian susu formula
	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula 	Meningkatkan kemandirian dan pengalaman pemberian makan yang optimal
	<ul style="list-style-type: none"> - Apabila penyapihan diperlukan, informasikan ibu mengenai kembalinya proses ovulasi dan seputar alat kontrasepsi yang sesuai 	Meningkatkan kemandirian tetang informasi kembalinya ovulasi dan alat kontrasepsi yang sesuai
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lactation Counseling 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI 	Meningkatkan kemampuan tentang lebih bagus diberikan ASI
	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrasikan latihan menghisap, jika perlu 	Membantu orang tua dalam penguasaan tugas baru

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

5. Gangguan eliminasi urine

Tabel 2.6
Gangguan eliminasi urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine	NOC	NIC	
Definisi: Disfungsi eliminasi urine	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary Elimination 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary Retention Care 	

<p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Sering berkemih • Anyang-anyangan • Nokturia • Inkontinensia urine • Retensi urine • Dorongan berkemih <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penyebab multiple <p>Konsisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruksi anatomic • Gangguan sensori motorik • Infeksi saluran kemih 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Urinary Continence <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kandung kemih kosong secara penuh ❖ Tidak ada residu urine > 100-200 cc ❖ Intake cairan dalam rentang normal ❖ Bebas dari ISK ❖ Tidak ada spasme bladder ❖ Balance cairan seimbang 	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya, output urine, pola berkemih kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) - Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti alpha agonis - Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik - Menyediakan penghapusan privasi - Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram toilet - Merangsang refleks kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin, atau air - Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit) 	<p>Meminimalkan retensi urin</p> <p>Mengetahui pemberian obat yang tepat</p> <p>Menghindari efek samping dari obat-obat yang sudah diresepkan</p> <p>Melanjutkan intervensi selanjutnya</p> <p>Membantu dengan cara toilet berkala</p> <p>Mengurangi terjadinya resiko infeksi saluran kemih</p> <p>Mengevaluasi kandung kemih</p>
--	--	--	--

-
- Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal Memudahkan untuk berkemih
 - Menyediakan manuver Crede, yang diperlukan Memungkinkan klien membuat keputusan berdasarkan informasi
 - Gunakan double-void teknik Untuk melatih mengontrol pasien teknik berkemih
 - Masukkan kateter kemih, sesuai Supaya menjaga kenyamanan pasien
 - Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine, sesuai Mengurangi terjadinya kekurangan cairan
 - Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja Memberikan informasi untuk lebih banyak mengkonsumsi serat
 - Memantau asupan dan keluaran Mengetahui apa yang telah di asup oleh tubuh
 - Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi Mengetahui bila terjadi distensi kandung kemih dan melakukan penanganan yang tepat
 - Membantu dengan toilet secara berkala Membantu untuk melatih pasien
 - Memasukkan pipa ke dalam lubang tubuh untuk sisa Untuk melakukan penanganan tepat
 - Menerapkan kateterisasi intermiten Memberikan kateterisasi dalam waktu yang lama
 - Merujuk ke spesialis kontinensia kemih Bila keadaan makin memburuk
-

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.7
Gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pola tidur	NOC	NIC	
<p>Definisi: Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat factor eksternal.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan berfungsi sehari-hari • Kesulitan memulai tertidur • Kesulitan mempertahankan tetap tidur • Ketidakpuasan tidur • Tidak merasa cukup istirahat • Terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kgangguan karena car tidur pasangan tidur • Kendala lingkungan • Kurang privasi • Pola tidur tidak menyehatkan <p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imobilisasi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety reduction ❖ Comfort level ❖ Rest: Extent & pattern ❖ Sleep: Extent & pattern <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari ❖ Pola tidur, kualitas dalam batas normal ❖ Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sleep Enhancement - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasikan pemberian obat tidur - Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien - Instruksikan untuk memonitor tidur pasien - Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur - Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam 	<p>Mengetahui pengaruh obat dengan pola tidur pasien</p> <p>Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien</p> <p>Meningkatkan tidur</p> <p>Agar periode tidur tidak terganggu dan relaks</p> <p>Mengurangi gangguan tidur</p> <p>Meningkatkan pola tidur yang baik secara mandiri</p> <p>Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</p> <p>Mengetahui pengaruh makan dan minum terhadap pola tidur pasien</p> <p>Mengetahui perkembangan pola tidur pasien</p>

-
- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
-

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

7. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko : episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan

Tabel 2.8
Resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko Infeksi	NOC	NIC	
Definisi: Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan Faktor resiko: <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan peristalsis • Gangguan integritas kulit • Vaksinasi tidak adekuat • Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen • Malnutrisi • Obesitas • Merkok • Statis cairan tubuh Populasi Berisiko: <ul style="list-style-type: none"> • Terpapar pada wabah Kondisi Terkait: <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan pH sekresi • Penyakit kronis 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune status ❖ Knowledge: Infection control ❖ Risk control Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infection control (control infeksi) <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan 	Untuk meminimalkan infeksi bakteri Untuk mencegah penyebaran kuman Membantu menurunkan rangsangan simpatis Dapat mencegah infeksi Dapat membersihkan tangan dan mengurangi mikroba Untuk mencegah infeksi Sebagai alat proteksi dan

<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan kerja siliaris • Penurunan hemoglobin • Imunosupresi • Prosedur invasif • Leukopenia • Pecah ketuban dini • Pecah ketuban lambat • Supresi respons inflamasi 	<p>sebagai alat pelindung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik bila perlu - Infection Protection (proteksi terhadap infeksi) - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local - Monitor hitung granulosit, WBC - Monitor kerentangan terhadap infeksi 	<p>mencegah penyebaran kuman</p> <p>Tindakan aseptik dapat mengurangi pemaparan klien dari sumber infeksi</p> <p>Tindakan observasi turgor kulit untuk mencegah infeksi</p> <p>Penggunaan kateter jangka pendek untuk mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakteri</p> <p>Agar bakteri dan penyakit tidak menyebar dari lingkungan keorang lain</p> <p>Sebagai monitor adanya area infeksi</p> <p>Untuk melakukan intervensi kembali</p> <p>Mengurangi patogen pada sistim imun danmengurangi kemungkinan pasien terjadi infeksi</p>
---	--	--

-
- | | |
|---|---|
| - Batasi pengunjung | Meminimalkan terjadinya penularan infeksi |
| - Sering pengunjung terhadap penyakit menular | Untuk mengurangi terinfeksi teradap penyakit menular |
| - Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko | Mengurangi resiko kolonisasi/infeksi bakteri |
| - Pertahankan teknik isolasi k/p | Observasi turgor kulit untuk mempertahankan teknik isolasi |
| - Berikan perawatan kulit pada area epidema | Untuk mencegah iritasi pada kulit |
| - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase | Dapat mengetahui area yang terjadi infeksi |
| - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah | Dapat mengetahui perkembangan luka |
| - Dorong masukkan nutrisi yang cukup | Status nutrisi yang cukup dapat membantu penyembuhan luka |
| - Dorong masukan cairan | Supaya tidak terjadi kekurangan cairan |
| - Dorong istirahat | Istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan luka |
| - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep | Konsumsi antibiotik sesuai program dapat mengurangi retensi kuman |
| - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi | Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi |
| - Ajarkan cara menghindari infeksi | Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi |
-

- Laporkan kecurigaan infeksi	Untuk melakukan penanganan yang tepat tentang infeksi
- Laporkan kultur positif	Hasil kultur positif menunjukkan telah terjadi infeksi

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.9
Defisit perawatan diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC	
Definisi: Ketidakmampuan melakukan pembersihan diri saksama secara mandiri. Batasan karakteristik: <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 Faktor Yang Berhubungan:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Activity intolerance ❖ Mobility: physical impaired ❖ Self care deficit hygiene ❖ Sensory perceptions, auditory disturbed Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi ❖ Perawatan diri : Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Self-Care Assistance: Bathing/Hygiene - Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri - Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri 	Kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan personal hygiene sebab seseorang dari latar belakang yang berbeda akan mengikuti praktik perawatan personal hygiene yang berbeda Perubahan fisik karena faktor usia membuat seseorang tidak peduli akan kebersihan tubuhnya

<ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Penurunan motivasi • Kendala lingkungan • Nyeri • Kelemahan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri Mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 	Mampu berfokus pada keperawatan diri pasien
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial • Gangguan musculoskeletal • Gangguan neuromuscular • Gangguan persepsi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempat handuk, sabun, deodoran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi 	Memperbaiki harga diri dan meningkatkan perasaan kesejahteraan
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawatan diri Hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sekat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi) 	Menyediakan informasi yang tepat untuk pasien
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi 	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal 	Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal, sediakan lingkungan yang traupetik dengan santai dan hangat
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Membersihkan dan mengeringkan tubuh 	<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi gigi pasien menyikat 	Kebersihan gigi penting untuk meningkatkan kenyamanan, selera makan klien
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi diri mandi pasien, sesuai 	Memfasilitasi pasien mandi dan mempertahankan kemandirian
		<ul style="list-style-type: none"> - Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien 	Pantau pembersihan kuku sesuai dengan kemampuan perawatan diri

-
- | | |
|--|---|
| - Memantau integritas kulit pasien | Kerusakan kulit mungkin terjadi karena imobilisasi tubuh yang terlalu lama |
| - Menjaga kebersihan ritual | Mempertahankan rutinitas perawatan diri klien |
| - Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur, alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita, selimut / mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah), sebagaimana sesuai | Memudahkan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur |
| - Mendorong orang tua / keluarga partisipasi, dalam kebiasaan tidur biasa | Meningkatkan perasaan harga diri, mendorong kemandirian dan partisipasi dalam terapi. |
| - Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri | Agar pasien dapat secara mandiri memberi perawatan diri kepada dirinya sendiri |
-

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

9. Konstipasi

Tabel 2.10
Konstipasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Konstipasi	NOC	NIC	
<p>Definisi: Penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan atau pengeuaran feces tidak tuntas dan/atau feces yang keras, kering dan banyak.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri abdomen • Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot • Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot • Anoreksia • Penampilan tidak khas pada lansia • Borborigmi • Darah merah pada feces • Perubahan pada pola defekasi • Penurunan frekuensi defekasi • Penurunan volume feces • Distensi abdomen • Keletihan • Feces keras dan berbentuk • Sakit kepala • Bising usus hiperaktif • Bising usus hipoaktif • Tidak ada defekasi • Peningkatan tekanan intra abdomen • Tidak dapat makan • Feces cair • Nyeri pada saat defekasi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bowel Elimination ❖ Hidration <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan bentuk feces lunak setiap 1-3 hari ❖ Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi ❖ Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi ❖ Feces lunak dan berbentuk 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cnstipation/Impaction management - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Monitor bising usus - Monitor feces : frekuensi, konsistensi dan volume - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus - Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis - Identifikasi faktor penyebab dan kontribusi konstipasi 	<p>Perubahan pola eliminasi seperti biasanya</p> <p>Menentukan kesiapan terhadap pemberian makan per oral, dan kemungkinan terjadinya komplikasi</p> <p>Meningkatkan pelunakan feces : dapat merangsang peristaltic</p> <p>Untuk memberikan intervensi selanjutnya/pengobatan yang lebih tepat</p> <p>Untuk memonitor tanda-tanda awal ruptur usus/peritonitis</p> <p>Untuk mengetahui penyebab terjadinya kontribusi konstipasi</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Massa abdomen yang dapat diraba • Massa rektal yang dapat diraba • Perkusi abdomen pekak • Rasa penuh rektal • Rasa tekan rektal • Sering flatus • Adanya feses lunak, seperti pasta didalam rektum • Mengejan pada saat defekasi • Muntah 	<ul style="list-style-type: none"> - Dukung intake cairan - Pantau tanda dan gejala konstipasi - Pantau tanda dan gejala impaksi 	<p>Supaya tidak terjadi kekurangan cairan pada tubuh klien</p> <p>Meningkatkan pembentukan/proses pelunakan feses</p> <p>Untuk mengetahui tanda-tanda yang menekan atau infaksi feses</p>
<p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelemahan otot abdomen • Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia • Konfusi • Penuruna motilitas traktus gastrointestinal • Dehidrasi • Depresi • Perubahan kebiasaan makan • Gangguan emosi • Kebiasaan menekan dorongan defekasi • Kebiasaan makan buruk • Higiene oral tidak adekat • Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat • Asupan serat kurang • Asupan cairan kurang • Kebiasaan defekasi tidak teratur • Penyalahgunaan laksatif • Obesitas • Perubahan lingkungan baru 	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi, frekuensi, bentuk, volume, dan warna - Memantau bising usus - Anjurkan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi feses - Anjurkan pasien atau keluarga untuk diet tinggi serat 	<p>Konsistensi, frekuensi, bentuk, volume dan warna normal bagian tinja berkisar dua kali sehari ke tiga atau keempat</p> <p>Untuk mengetahui bising usus yang hiperaktif</p> <p>Bila peristaltik mulai, pemasukan makanan dan minuman meningkat kembalinya eliminasi usus normal</p> <p>Supaya fesanya menjadi lebih</p>

Kondisi Terkait:		lembek/lunak
<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakseimbangan elektrolit • Hemoroid • Penyakit hirschsprung • Ketidakadekuatan gigi geligi • Garam besi • Gangguan neurologis • Obstruksi usus pasca-bedah • Kehamilan • Pembesaran prostat • Abses rektal • Fisura anal rektal • Striktur anal rektal • Prolapse rektal • Ulkus rektal • Rektokel • Tumor 	<ul style="list-style-type: none"> - Timbang pasien secara teratur - Ajarkan pasien dan keluarga tentang proses pencernaan yang normal - Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk revolusi sembelit 	<p>Supaya tidak terjadi penurunan berat badan yang drastis</p> <p>Menambah pengetahuan keluarga dan pasien</p> <p>Supaya pasien mengetahui tanda dan cara mengatasi sembelit</p>

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

10. Resiko syok (hipovolemik)

Tabel 2.11
Resiko syok (hipovolemik)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko syok	NOC	NIC	
Definisi: Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan. Faktor Resiko: <ul style="list-style-type: none"> • Akan dikembangkan 	❖ Syok prevention ❖ Syok management Kriteria Hasil: ❖ Nadi dalam batas yang diharapkan ❖ Irama jantung dalam batas yang diharapkan ❖ Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	❖ Syok Prevention - Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer, dan kapiler refill - Monitor tanda inadkuat oksigenasi jaringan	Penurunan status oksigen dapat menandakan klien hipoksia Kompensasi tubuh terhadap gangguan proses difusi yang akan menyebabkan asidosis
Kondisi Terkait:			

<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensi • Hipovolemia • Hipoksemia • Hipoksia • Infeksi • Sepsis • Sindrom respons inflamasi sistemik (<i>systemic inflammatory response syndrome [SIRS]</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan ❖ Natrium serum dalam batas norma ❖ Kalium serum dalam batas normal ❖ Klorida serum dalam batas normal ❖ Kalsium serum dalam batas normal ❖ Magnesium serum dalam batas normal ❖ PH darah serum dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu dan pernafasan - Monitor input dan output - Pantau nilai labor : HB, HT, AGD dan elektrolit - Monitor hemodinamik invasi yng sesuai - Monitor tanda dan gejala asites - Monitor tanda awal syok - Tempatkan pasien pada posisi supine,kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan tepat - Lihat dan pelihara kepatenan jalan nafas - Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat - Berikan vasodilator yang tepat - Ajarkan keluarga dan pasien tentang tanda dan gejala datangnya syok - Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok 	<ul style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui pola deman dan nafas pasien Menentukan keadaan nutrisi Mengetahui keadaan darah dapat memantau nutrisi dalam darah Untuk mengetahui sistem peredaran darah yang sesuai Untuk mengetahui resistensi cairan dalam intravaskuler Untuk menentukan intervensi yang tepat Membantu meningkatkan pergerakan kaki Mempertahankan kepatenan jalan nafas Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien Vasodilator dapat melebarkan pembuluh darah sehingga darah mengalir lancar Agar dapat melakukan penanganan yang tepat Untuk mengetahui keadaan umum
	<p>Hidrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Indicator : ❖ Mata cekung tidak ditemukan ❖ Demam tidak ditemukan ❖ Tekanan darah dalam batas normal ❖ Hematokrit dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor fungsi neurologis 	<ul style="list-style-type: none"> Memonitor neurologi dapat

-
- | | | |
|---|------|---|
| | | mengetahui tingkat kesadaran klien |
| - Monitor fungsi renal (e.g BUN dan Cr: Lavel) | | Mengetahui kandungan cairan (darah dan urin) dalam tubuh |
| - Monitor tekanan nadi | | Mengevaluasi kondisi klien |
| - Monitor status cairan, input, output | | Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan |
| - Catat gas darah arteri dan oksigen di jaringan | | Mengukur pH dan kadar oksigen pada darah dari arteri
Menunjukkan kehilangan cairan yang berlebih/hidrasi |
| - Monitor sesuai | EKG, | Mengetahui perubahan irama jantung secara continue |
| - Memanfaatkan pemantauan jalur arteri untuk meningkatkan akurasi pembacaan tekanan darah, sesuai | | Dengan melihat jalur arteri dapat mengetahui tekanan darah dengan akurat |
| - Menggambar gas darah arteri dan memonitor jaringan oksigenasi | | Menjaga perfusi oksigen tetap membaik |
| - Memantau tren dalam parameter hemodinamik (misalnya, CVP, MAP, tekanan kapiler pulmonal / arteri) | | Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan mempertahankan fungsi renal |
| - Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen | | Mengetahui kondisi |
-

	(misalnya, PaO ₂ kadar hemoglobin SaO ₂ , CO), jika tersedia	medis dan keadaan perfusi
-	Memantau tingkat karbon dioksida sublingual dan atau tonometry lambung, sesuai	Memantau karbondioksida yang tersimpan untuk mengontrol ventilasi
-	Memonitor gejala gagal pernafasan (misalnya, rendah PaO ₂ peningkatan PaCO ₂ tingkat, kelelahan otot pernafasan)	Mempertahankan oksigenasi dan mencegah resiko kematian
-	Monitor nilai laboratorium (misalnya, CBC dengan diferensial) koagulasi profil,ABC, tingkat laktat, budaya, dan profil kimia)	Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan
-	Masukkan dan memelihara besarnya kobosanan akses IV	Mempertahankan dan memelihara kebutuhan cairan secara parenteral

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

11. Resiko perdarahan

Tabel 2.12
Resiko perdarahan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan	NOC	NIC	
Definisi: Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	❖ Blood lose severity ❖ Blood koagulation Kriteria Hasil:	❖ Bleeding Precautions - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	Mengetahui intervensi yang akan dijalankan

<p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan pendarahan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole 	<ul style="list-style-type: none"> - Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 	<p>Mengetahui jumlah pendarahan dan nilai hematocrit klien</p>
<p>Populasi Berisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada pendarahan per vaginam 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 	<p>Menganalisis perubahan fungsi tubuh dan menentukan nilai rujukan, dengan trombosit yang dipantau setiap hari, dapat diketahui tingkat kebocoran pembuluh darah dan kemungkinan pendarahan yang dialami pasien</p>
<p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisme • Sirkumsisi • Koagulopati intravascular diseminata • Gangguan gastrointestinal • Gangguan fungsi hati • Koagulopati inheren • Komplikasi pascapartum • Komplikasi kehamilan • Trauma • Program pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada distensi abdominal ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ortostatik - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan - Hindari mengukur suhu lewat rectal 	<p>Dengan pengukuran ortostatik dapat mengetahui tingkat trauma klien</p> <p>Meminimalkan resiko pendarahan dengan</p> <p>Mempertahankan kebutuhan darah cair memiliki factor pembekuan tinggi dalam tubuh</p> <p>Aktivitas pasien yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya pendarahan</p> <p>Pendarahan yang banyak memungkinkan pada rektal</p>

-
- Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant dan Merupakan obat yang memiliki kemampuan mengencerkan darah sehingga harus dihindari pada pasien pendarahan
 - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K Memenuhi kebutuhan nutrisi klien dan vitamin K dapat membantu dalam pembekuan darah
 - Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses Konstipasi menyebabkan resiko pendarahan pada daerah rektal
 - ❖ Bleeding Reduction
 - Identifikasi penyebab perdaraha Menentukan intervensi yang akan dilakukan
 - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure Mengetahui tingkat kebocoran pembuluh darah
 - Monitor status cairan yang meliputi intake dan output Menganalisis data pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan
 - Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output) Mengetahui kondisi medis dan keadaan perfusi
 - Pertahankan patensi IV line Memenuhi
-

❖ Bleeding Reduction: wount/luka	kebutuhan cairan secara parenteral
- Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan	Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan
- Gunakan ice pack pada area perdarahan	Membantu pembekuan darah pada area pendarahan
- Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	Menekan pembuluh darah dapat meminimalisasi aliran darah yang dikeluarkan
- Tinggikan ekstremitas yang perdarahan	Membantu menalirkan darah menuju otak untuk memenuhi kehilangan darah
- Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	Menentukan kumpulan darah yang tidak normal
- Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan	Menentukan intervensi yang akan dilakukan
- Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk	Ketika batuk kemungkinan darah akan mengalir keluar karena adanya tekanan sehingga daerah luka harus ditekan
- Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	Dengan aktivitas yang berlebih dapat menambah

	pendarah yang dialami klien
❖ Bleeding reduction: gastrointestinal	
- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka	Untuk memantau pendarahan yang pasien alami
- Monitor complete blood count dan leukosit	Mengetahui darah secara keseluruhan dalam tubuh
- Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopresson	Untuk melanjutkan intervensi selanjutnya
- Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung	Menghindari timbulnya nyeri dan pendarahan, dan aspirasi, observasi sekresi lambung dan kepatenan NGT
- Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin	Menghentikan pendarahan
- Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses	Mengetahui apakah ada pendarahan di saluran pencernaan
- Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent	Menghindari kehilangan darah yang ekstrim, antasida secara langsung akan menetralkan keasaman, peningkatan pH dan mengurangi keasaman di perut
- Kurangi faktor stress	Mengurangi ketegangan dan membuat perasaan lebih nyaman

-
- Pertahankan jalan nafas Supaya jalan nafas tetap adekuat

 - Hindari penggunaan anticoagulant Karena obat ini adalah obat untuk mengencerkan darah sehingga harus dihindari untuk pasien pendarahan

 - Monitor status nutrisi pasien Mengetahui apakah status nutrisi pasien terpenuhi

 - Berikan cairan Intravena Untuk menambah cairan secara parenteral

 - Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen Obat – obat ini tidak hanya menurunkan agregasi trombsit normal tetapi juga mengurangi integritas mukosa lambung melalui penghambatan inhibitor siklooksigenase (COX) -1 dan karenanya meningkatkan resiko pendarahan gastrointestinal
-

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

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

Tabel 2.13
Defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Pengetahuan	NOC	NIC	
<p>Definisi: Keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu, atau kemahiran.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Ketidakakuratan melakukan tes • Perilaku tidak tepat • Kurang pengetahuan <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Keterangan yang salah dari orang lain <p>Kondisi Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Knowledge: Disease process ❖ Knowledge: Healt beavior <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis, program pegobatan ❖ Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secar benar ❖ Pasien dan keluarga mamu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Treching: Disease process - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat - Identifikasi kemampuan penyebab dengan cara yang tepat - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat - Hindari jaminan yang kosong 	<p>Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga dan pasien</p> <p>Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas</p> <p>Meningkatkan kemampuan untuk melalukan penanganan yang tepat</p> <p>Memberikan pengetahuan mengenai peningkatan kemampuan yang tepat</p> <p>Untuk menambah informasi tentang kondisi pasien dan cara penanganan yang tepat</p>

	Mencegah komplikasi dimasa yang akan datang
- Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat	Mengajarkan kepada keluarga cara sediakan informasi tentang kemajuan yang tepat
- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit	Meningkatkan kualitas hidup atau proses pengontrolan penyakit
- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan	Untuk mencegah atau dapat menghindari kondisi yang memperberat
- Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan	Mengeksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan dengan cara yang tepat
- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat	Mengenal tanda dan gejala dan rencanakan periode istirahat mengurangi aktivitas yang berlebihan

Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015. Herdman & Kamitsuru, 2018.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2009). Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2009).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2009).