

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di program studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

EVI NURWAKIDHAH

NIM : AKX.17.026



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Evi Nurwakidhah

NIM : AKX.17.026

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana

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

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung, 24 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



Evi Nurwakidhah

AKX.17.026

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH :

EVI NURWAKIDHAH

AKX.17.026

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing utama



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK : 02004020117

Pembimbing pendamping

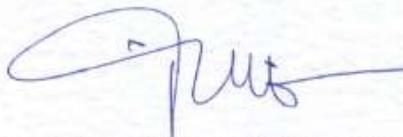


Yati Nurhayati, S.Kep

NIK : 0200702032

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz M, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN : 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

**OLEH
EVI NURWAKIDHAH
AKX.17.026**

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

PANITIA PENGUJI

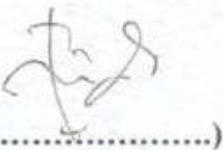
Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

(.....)

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Ingrid Dirgahayu, M.KM

(.....)

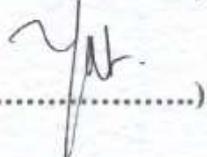
(Penguji 1)

2. Anggi Jamiyati, S.Kep.,Ners

(.....)

(Penguji 2)

3. Yati Nurhayati, S.Kep

(.....)

(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui,

Fakultas Keperawatan

Ketua


Rd, Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIDN : 0200077020132

ABSTRAK

Latar belakang : Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. Faktor yang dapat memicu tindakan Seksio sesarea apabila terjadi indikasi panggul sempit, ketidak seimbangan kepala dan panggul, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tak maju, distosia serviks, dan gemeli. Masalah yang ditemukan pada pasien post seksio sesarea yaitu berupa rasa nyeri akut yang diakibatkan dari proses pembedahan pada dinding depan perut. **Tujuan :** Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode :** studi kasus yaitu 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 operatif sectio caesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut menggunakan teknik relaksasi aromaterapi lavender. **Hasil :** Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ketiga. Setelah dilakukan asuhan keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1 sedangkan pada klien 2 terjadi penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post sectio caesarea hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : Post seksio sesarea, Nyeri akut, Masalah keperawatan

Daftar pustaka : 12 Buku (2010 – 2019), 2 Jurnal (2018), 1 Website

ABSTRACT

Background : *Sectio Caesarea is a way of giving birth to the fetus by making an incision on the uterine wall through the abdominal wall. Factors that can trigger caesarean sectio can be done if there is a narrow pelvic indication, head and pelvic imbalance, old birthing process (old partus), the process of childbirth is not advanced (advanced partus), cervical dystocia and gameli. The problem found in post sectio caesarea patients is acute pain resulting from surgery on the front wall of the abdomen. Objective : Implement nursing care in client post section caesarea with nursing problems acute pain. Method : the case of study are to explore the problem or phenomenon with detailed limits, have a deep data retrieval and submit some sources of information. The case of study was conducted on two post-sectio caesarea clients with acute pain use lavender aromatherapy relaxation. Result : This case study was conducted on two post sectio caesarea clients with acute pain problems. After giving nursing care with intervention, acute pain problems in client 1 and 2 can be resolved by the third day. After giving nursing care, acute pain problems in client 1 decreased pain scale of 5 to 1 whereas in client 2 there was a decrease in pain scale 6 to 2. Discussion : clients with acute pain nursing problems, not always have the same response for each client after a cesarean section, this is affected by the client's previous health condition. So nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.*

Keywords : Post section caesarea, Acute pain, Nursing care

Bibliography: 12 Books (2010 – 2019), 2 Journals (2018), 1 Website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DIRUANG KALIMAYA BAWAH RSUD Dr.SLAMET GARUT” dengan sebaik – baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, M.H.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.H.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Yati Nurhayati, S.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Husodo Dewo Hadi Sp.OT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Deti Fuji Adiati S.Kep.,Ners., selaku CI Ruangan Kalimaya Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut.
9. Kepada kedua orang tua tercinta yaitu Ayahanda Sawijo dan Ibunda Siti Khotimah yang selalu memberikan dukungan moril, materil dan doa yang tulus dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Untuk teman - teman seperjuangan Anestesi Angkatan 13 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Bandung, 24 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Post Partum	7
2.1.1 Definisi Masa Nifas.....	7
2.1.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas	8
2.1.3 Tahapan masa nifas	8
2.1.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas	9
2.1.5 Adaptasi Psikologis ibu dalam masa nifas	22
2.2 Konsep Seksio Sesarea.....	25
2.2.1 Definisi Seksio Sesarea	25

2.2.2 Anatomi.....	25
2.2.3 Etiologi.....	32
2.2.4 Patofisiologi.....	33
2.2.5 Klasifikasi.....	34
2.2.6 Indikasi.....	35
2.2.7 Komplikasi.....	36
2.2.8 Pemeriksaan diagnostik.....	37
2.2.9 Penatalaksanaan medik atau Implikasi Keperawatan.....	37
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea.....	38
2.3.1 Pengkajian.....	38
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	48
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	49
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	65
2.3.5 Evaluasi.....	65
2.4 Konsep Nyeri.....	65
2.4.1 Definisi Nyeri.....	65
2.4.2 Klasifikasi Nyeri.....	66
2.4.3 Mekanisme Nyeri.....	68
2.4.4 Faktor yang mempengaruhi Nyeri.....	69
2.4.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri.....	70
2.4.6 Manajemen Nyeri.....	72
BAB III METODE PENELITIAN.....	74
3.1 Desain Penelitian.....	74
3.2 Batasan Istilah.....	74
3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian.....	75
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	76
3.5 Pengumpulan Data.....	76
3.5.1 Wawancara.....	76
3.5.2 Observasi.....	76
3.5.3 Pemeriksaan fisik.....	77
3.5.4 Studi Dokumentasi.....	77

3.6 Uji Keabsahan Data.....	77
3.7 Analisa Data	78
3.7.1 Pengumpulan Data	79
3.7.2 Mereduksi Data	79
3.7.3 Penyajian Data.....	79
3.7.4 Kesimpulan.....	79
3.8 Etika Penelitian	80
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	83
4.1 Hasil	83
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	83
4.1.2 Pengkajian	84
4.1.3 Analisa Data	96
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	100
4.1.5 Perencanaan.....	100
4.1.6 Implementasi	106
4.1.7 Evaluasi	113
4.2 Pembahasan	114
4.2.1 Pengkajian	114
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	116
4.2.3 Perencanaan.....	119
4.2.4 Implementasi	127
4.2.5 Evaluasi	134
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	136
5.1 Kesimpulan.....	136
5.2 Saran.....	139
DAFTAR PUSTAKA	141

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Seksio Sesarea Klasik.....	25
Gambar 2.2 Seksio Sesarea Transversal.....	26
Gambar 2.3 Regio Abdomen.....	30
Gambar 2.4 Kuadran Abdomen.....	37
Gambar 2.5 Skala Penilaian Numerik.....	31

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Involusi Uterus.....	10
Tabel 2.2 Warna Lochia.....	14
Tabel 2.3 Intervensi Nyeri Akut.....	49
Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI.....	54
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur.....	56
Tabel 2.6 Intervensi Resiko Infeksi.....	57
Tabel 2.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri.....	59
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Perdarahan.....	61
Tabel 2.9 Intervensi Defisit Pengetahuan.....	62
Tabel 2.10 Perbedaan Nyeri AKut dan Kronis.....	67
Tabel 4.1 Identitas Klien dan Penanggung Jawab.....	83
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	84
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi.....	85
Tabel 4.4 Riwayat Obstetri.....	86
Tabel 4.5 Perubahan Aktivitas Sehari – hari.....	87
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik Ibu.....	89
Tabel 4.7 Data Psikologi Klien.....	92
Tabel 4.8 Data Sosial.....	93
Tabel 4.9 Kebutuhan Bounding Attachment.....	93
Tabel 4.10 Kebutuhan Pemenuhan Seksual.....	94
Tabel 4.11 Data Spiritual.....	94
Tabel 4.12 Pengetahuan Tentang Perawatan Diri.....	94
Tabel 4.13 Pemeriksaan Diagnostik Klien.....	95

Tabel 4.14 Pengobatan Klien.....	95
Tabel 4.15 Analisa Data.....	95
Tabel 4.16 Diagnosa Keperawatan Klien.....	99
Tabel 4.17 Perencanaan Klien.....	99
Tabel 4.18 Implementasi Klien.....	105
Tabel 4.19 Evaluasi Klien.....	112

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Seksio Sesarea.....	33
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II : Catatan Revisi Ujian KTI

Lampiran III : Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran IV : Lembar Observasi

Lampiran V : Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus

Lampiran VI : Format Review Artikel

Lampiran VII : Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran VIII : Leaflet

Lampiran IX : Jurnal

Lampiran X : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

IGD : Instalasi Gawat Darurat

HPHT : Hari Pertama Haid Terakhir

KB : Keluarga Berencana

KG : Kilogram

IUD : Intrauterine Device

USG : Ultrasonografi

TB : Tinggi Badan

BB : Berat Badan

PB : Panjang Badan

LK : Lingkar Kepala

LD : Lingkar Dada

LLA : Lingkar Lengan Atas

APGAR : Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

GCS : Glasgow Coma Scale

CM : Centimeter

WHO : World Health Organization

SC : Sectio Caesarea

TTV : Tanda Tanda Vital

TD : Tekanan Darah

NIC : Nursing Interventions classification

NOC : Nursing Outcomes Classification

USG : Ultrasonografi

IV : Intra Vena

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seksio Sesarea adalah pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & William, 2010). Sedangkan menurut Amru Sofian (2012) Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amin & Hardi, 2013).

World Health Organization (WHO) tahun 2017 menetapkan standar rata – rata persalinan Seksio Sesarea di sebuah negara adalah sekitar 5 – 15 persen per 1000 kelahiran di dunia. Di Indonesia sendiri, angka kejadian Seksio Sesarea juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di swasta. Hasil Riskesdas (2018) Di Indonesia menunjukkan kelahiran dengan metode Seksio Sesarea sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018 sedangkan Di Jawa Barat kejadian operasi section caesarea sekitar 15,5 %. Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari medical record RSUD Dr Slamet Garut periode tahun 2018 – 2019, didapatkan kasus persalinan normal sebanyak 1533 kasus, kasus persalinan dengan Seksio Sesarea didapatkan sebanyak 933 kasus di ruang kalimaya bawah.

Tindakan seksio sesarea menyebabkan terjadinya kerusakan pada jaringan tubuh. Sehingga berdampak pada pemenuhan

kebutuhan dasar ibu seperti dapat menyebabkan nyeri pada bekas luka operasi, gangguan eliminasi urin, gangguan pemenuhan nutrisi dan cairan, gangguan aktivitas, gangguan personal hygiene, gangguan pola istirahat dan tidur, serta masalah dalam produksi dan pemberian air susu ibu pada bayinya (Maryunani, 2015). Dari sampak tersebut sehingga memunculkan masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang muncul pada klien post sectio caesarea diantaranya Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan pola tidur, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri, Resiko Perdarahan dan Defisiensi pengetahuan (NANDA,2018)

Sebuah penelitian oleh Utami Tahun 2016 (dikutip dalam Anwar et al. 2018) menyatakan bahwa pasien dengan post operasi seksio sesarea akan merasakan nyeri. Nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Persalinan seksio sesarea memiliki nyeri lebih tinggi sekitar 27,3% dibandingkan dengan persalinan normal yang hanya sekitar 9%. Rasa nyeri meningkat pada hari pertama post operasi seksio sesarea. Secara psikologis tindakan sectio caesarea berdampak terhadap rasa takut dan cemas terhadap nyeri yang dirasakan setelah analgetik hilang. Nyeri dalam jangka waktu tertentu dapat menimbulkan beberapa akibat bagi pasien post seksio sesarea seperti rasa tidak nyaman, cemas, tegang, dan akhirnya mengganggu aktivitas fungsional sehari-hari dan produktivitas pasien yang akan menimbulkan

berbagai masalah terhadap ibu maupun bayi sehingga dibutuhkan penanganan.

Penatalaksanaan untuk mengurangi intensitas nyeri dapat dilakukan dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan lingkungan, mengamati reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kurangi faktor presipitasi nyeri, monitor tanda – tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali, evaluasi pengalaman nyeri masa lalu, evaluasi bersama klien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau, bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, dan memberikan manajemen non farmakologi.

Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola setiap masalah yang timbul secara komprehensif terdiri dari biologis, psikologis, sosial, spiritual terutama dalam penanganan post seksio sesarea dengan masalah Nyeri Akut. Asuhan keperawatan tersebut dilakukan dengan melakukan proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan masalah yang muncul, menyusun rencana penatalaksanaan dan mengevaluasinya (Dermawan Deden, 2012).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RSUD dr SLAMET GARUT”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimakah asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea keperawatan dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut di RSUD dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

1.4.2 Manfaat praktis

a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut.

.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2015).

Masa nifas merupakan masa selama persalihan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Damai & Dian, 2011).

Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu, melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang semuanya memerlukan waktu 6-12 minggu (Damai & Dian, 2011).

Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti *sepsis puerperalis* (Sulistyawati, 2015).

2.1.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2015) asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi.
- b. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu.
- c. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bilamana perlu.
- d. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.
- e. Imunisasi ibu terhadap tetanus.
- f. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak.

2.1.3 Tahapan masa nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan menurut Sulistyawati (2015) :

- a. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial

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

c. Remote puerperium

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

2.1.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan Fisiologis Masa Nifas pada sistem reproduksi menurut Damai & Dian (2011)

1) Involusi uterus

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

- a) Iskemia Miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atroli.
- b) Atroli jaringan. Atroli jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone esterogen saat pelepasan plasenta.

- c) Autolysis merupakan proses dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- d) Efek Oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.
- e) Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm

1)			
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol kedalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1- 2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut.

Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi ditempat implantasi plasenta selama sekita 6 minggu.

Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat

implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochia.

3) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

4) Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari yang dapat masuk.

Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai

involusi ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetapi ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya.

5) Lochia

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia.

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita.

Lochia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochia dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2.2 Warna Lochia

Lochia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Umumnya jumlah lochia lebih sedikit bila wanita postpartum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu divagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lochia sekitar 240 hingga 270 ml.

6) Vulva, Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang

khas bagi wanita miltipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan yang pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Meskipun perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

b. Perubahan fisiologi Masa nifas pada system Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan mealmbatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

- 1) Nafsu makan
- 2) Motilitas
- 3) Pengosongan lambung

- c. Perubahan Fisiologi masa nifas pada sistem perkemihan menurut Damai & Dian (2011)

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Hal yang berkaitan dengan fungsi system perkemihan, antara lain :

- 1) Hemostatis internal
- 2) Keseimbangan asam basa
- 3) Pengeluaran sisa metabolisme

- d. Perubahan fisiologis masa nifas pada sistem muskuloskeletal menurut Damai & Dian (2011)

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi musculoskeletal ini mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dan mempercepat involusi uteri.

Adaptasi system musculoskeletal pada masa nifas, meliputi

:

- 1) Dinding perut dan peritoneum
- 2) Kulit abdomen
- 3) Striae
- 4) Perubahan ligamen
- 5) Simpisis pubis

e. Perubahan fisiologis masa nifas pada system endokrin menurut Damai & Dian (2011)

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain :

1) Hormon plasenta

Hormone plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksi oleh plasenta. Hormone plasenta menurun sangat cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placental lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke-7 ppst partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormone pituitary

Hormon pituitary antara lain: hormone prolactin, FSH dan LH. Hormon prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam 2 minggu. Hormon prolactin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

4) Hormon Oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI

dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon esterogen dan progesterone

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormone estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretik yang dapat meingkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi salurah kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan Fisiologi masa nifas pada Tanda- tanda vital menurut Damai & Dian (2011)

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius. Pasca melahirkan suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi. Hal ini diakibatkan ada pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada

endometrium, mastitis, traktus genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38 derajat Celcius, waspada terhadap infeksi postpartum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 Kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

- g. Perubahan fisiologi pada system kardiovaskuler menurut Damai & Dian (2011)

Volume darah normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

- h. Perubahan fisiologi masa nifas pada system hematologi

Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor

pembekuan darah. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

2.1.5 Adaptasi Psikologis ibu dalam masa nifas

- a. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas menurut Damai & Dian (2011)

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi menjadi orangtua
- 2) Respon dan dukungan dari keluarga
- 3) Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan.
- 4) Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan..

Fase –fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas:

1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu berfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada masa ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif dan mudah tersinggung.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan berperan barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya.

b. Post partum blues menurut Damai & Dian (2011)

Keadaan dimana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut baby blues. Penyebabnya antara lain: perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik setelah beradaptasi dengan peran barunya.

Gejala baby blues antara lain:

- 1) Menangis
- 2) Perubahan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri.

2.2 Konsep Seksio Sesarea

2.2.1 Definisi Seksio Sesarea

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut; seksio sesarea juga dapat didenifisikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Amru Sofian, 2013).

Seksio Sesarea merupakan suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin di lahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding Rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Menurut penulis dapat disimpulkan bahwa persalinan Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding abdomen guna mengeluarkan janin dalam rahim dengan keadaan utuh dan sehat.

2.2.2 Anatomi

1. Anatomi Seksio Sesarea

Gambar 2.1

Seksio Sesarea Klasik



Sumber : David TY, 2010

Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal.

Gambar 2.2

Seksio Sesarea Transversal



Sumber : David YT, 2010

Pembedahan ini paling banyak dilakukan. Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung keatas untuk menghindari terbukanya cabang-cabang pembuluh darah. Sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

2. Dinding abdomen

a. Kulit

1) Lapisan epidermis

Epidermis, lapisan luar, terutama terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Sel-sel yang menyusunnya secara berkesinambungan dibentuk oleh lapisan germinal dalam epitel silindris dan mendatar ketika didorong

oleh sel-sel baru ke arah permukaan, tempat kulit terkikis oleh gesekan. Lapisan luar terdiri dari keratin, protein bertanduk, Jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel-selnya sangat rapat.

2) Lapisan dermis

Dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen jaringan fibrosa dan elastin. Lapisan superfisial menonjol ke dalam epidermis berupa sejumlah papilla kecil. Lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia, lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.

3) Lapisan subkutan

Lapisan ini mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung saraf. Lapisan ini mengikat kulit secara longgar dengan organ-organ yang terdapat dibawahnya. Dalam hubungannya dengan tindakan SC, lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus. Organ-organ di abdomen dilindungi oleh selaput tipis yang disebut peritonium. Dalam tindakan SC, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis) sampai dinding uterus.

b. Fasia

Di bawah kulit fasia superfisialis dibagi sebagai lapisan lemak yang dangkal, Camper's fasia, dan yang lebih dalam lapisan fibrosa, Fasia profunda terletak pada otot-otot perut. menyatu dengan fasiaprofunda paha. Susunan ini membentuk pesawat antara Scarpa's fasia dan perut dalam fasia membentang dari bagian atas paha bagian atas perut. Di bawah lapisan terdalam otot, maka otot abdominis transverses, terletak fasia transversalis. Para fasia transversalis dipisahkan dari peritoneum parietalis oleh variabel lapisan lemak. Fascias adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.

c. Otot perut

1) Otot dinding perut anterior dan lateral

Rectus abdominis meluas dari bagian depan margo costalis diatas dan pubis di bagian bawah. Otot itu disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. Linea alba adalah pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari procecus xiphodius sternum ke simpisis pubis, memisahkan kedua musculus rectus abdominis. Obliquus externus, obliquus internus dan transverses adalah otot pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian samping dan

depan. Serat externus berjalan ke arah bawah dan atas ; serat obliquus internus berjalan ke atas dan kedepan ; serat transverses (otot terdalam dari otot ketiga dinding perut) berjalan transversal dibagian depan ketiga otot terakhir otot berakhir dalam satu selubung bersama yang menutupi rectus abdominis.

2) Otot dinding perut posterior

Quadratus lumborum adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa kedua belas di atas ke crista iliaca

3. Region Abdomen

Regio abdomen adalah sebuah daerah yang berada di dalam perut. Penandaan regio-regio ini digunakan sebagai patokan atau rujukan tempat organ-organ dalam tubuh berada. Regio abdomen terdiri atas sembilan daerah yaitu :

a) Regio umbilicus

Daerah tengah tempat pusar atau tempat melekatnya tali pusar berada

b) Regio epigastrium

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

c) Regio hypogastrium

Berada diposisi inferior dari regio umbilikus. Bagian tengah bawah, tempat bagian akhir usus besar berada dan organ rektum pencernaan.

d) Regio lumbar kanan dan kiri

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

e) Regio hypochondrium kanan dan kiri

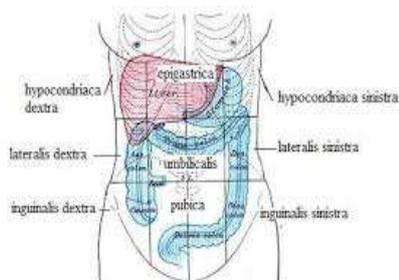
Berada disisi lateral dari regio epigastrium. Bagian kanan dan kiri dari regio epigastrium, regio hypochondrium kanan berisi organ hepar, sedangkan regio hypochondrium kiri berisi organ pencernaan lambung.

f) Regio inguinalis kanan dan kiri

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

Gambar 2.3

Regio Abdomen



Sumber : Gama, 2019

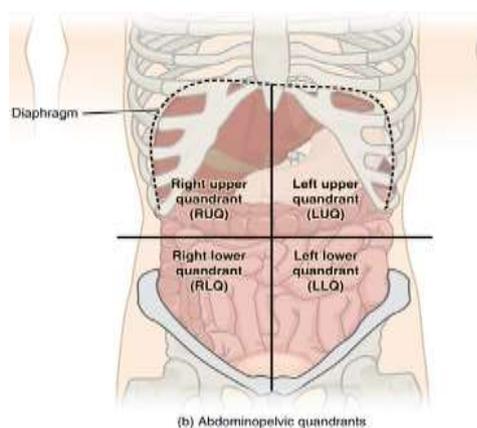
4. Kuadran abdomen

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

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

Gambar 2.4

Kuadran Abdomen



Sumber: Gama, 2019.

2.2.3 Etiologi

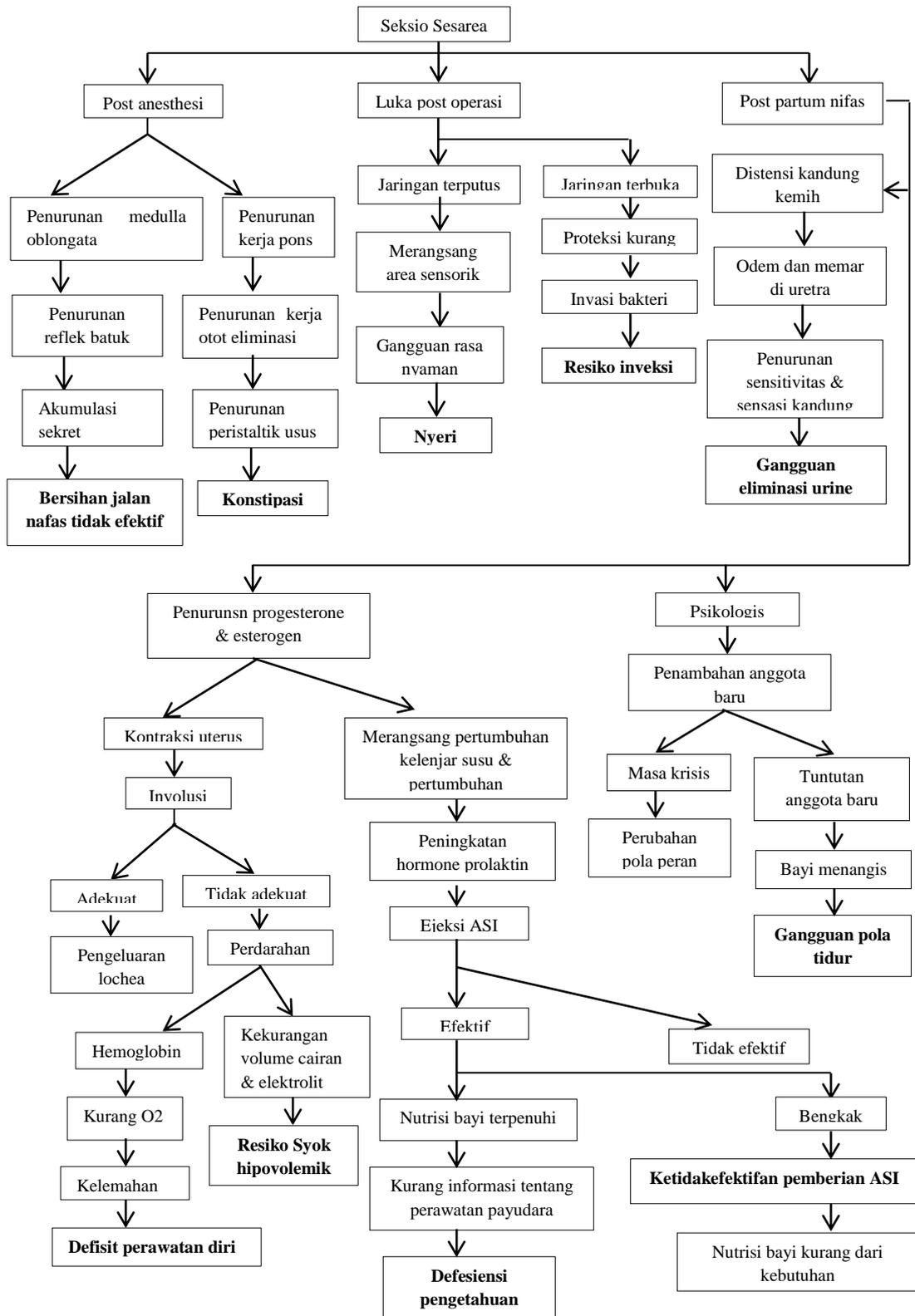
1) Etiologi berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi paratua disertai kelainan letak ada, disproporsi sevalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan buruk, terdapat kesempitan panggul, ada plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu pre-eklamsia, eklamsia, atas permintaan, persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forcep ekstraksi (Amin Huda, 2015).

2.2.5 Patofisiologi (Amin Huda, 2015)



Ada beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak lahir normal atau spontan, misalnya disebabkan oleh panggul sempit dan plasenta previa. Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, efek anestesi menyebabkan konstipasi. Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya jaringan merangsang area sensorik yang menyebabkan gangguan rasa nyaman yaitu nyeri. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post *sectio caesarea*, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menyebabkan resiko infeksi. Pada saat post partum mengalami penurunan hormon progesteron dan estrogen akan terjadi kontraksi uterus dan involusi tidak adekuat sehingga terjadi pendarahan dan bisa menyebabkan risiko syok, Hb menurun dan kekurangan O₂ mengakibatkan kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.5 Klasifikasi

Menurut Amru Sofian (2013), klasifikasi dari Seksio Sesarea adalah :

- a. Abdomen (Seksio Sesarea Abdominalis)
 - 1) Seksio Sesarea transperitonealis.

- 2) Seksio Sesarea atau corporal dengan insisi memanjang pada corpus uteri.
- 3) Seksio Sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada bagian segmen bawah rahim.
- 4) Seksio Sesarea ekstraperitonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritoneum parietale; dengan demikian, tidak membuka kavum abdominis.
- 5) Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis):
 - 1) Sayatan memanjang (Longitudinal) menurut kronig,
 - 2) Sayatan melintang (Transversal) menurut Kert,
 - 3) Sayatan huruf T (T-incision).

2.2.6 Indikasi

Menurut Amin Huda (2013), indikasi dari Seksio Sesarea adalah:

- a. Plasenta Previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit
- c. Dispori sevalopelvis: yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul
- d. Rupture uteri mengancam
- e. Partus lama (prolonged loabar)
- f. Partus tak maju (obstructed labor)
- g. Distosia serviks
- h. Preeklamsia dan hipertensi

Malpresentasi janin :

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi)
- 4) Presentasi rangkap jiwa reposisi tidak berhasil
- 5) Gameli.

2.2.7 Komplikasi

Menurut Oxorn dan Forte (2010), komplikasi yang serius pada operasi Seksio Sesarea adalah:

- a. Perdarahan pada Seksio Sesarea terjadi karena adanya Anterior uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.
- b. Infeksi
Infeksi Seksio Sesarea bukan hanya terjadi daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.
- c. Thromboplebitis
- d. Cidera, dengan atau tanpa fistula bisa terjadi di traktus urinaria dan usus.
- e. Dapat mengakibatkan obstruksi usus baik mekanis maupun paralitik.

2.2.8 Pemeriksaan diagnostik

Menurut Amin Huda (2015), pemeriksaan diagnostik pada Seksio Sesarea yaitu :

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin / Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalisis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan

2.2.9 Penatalaksanaan medik atau Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan medik atau implikasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea yaitu: pemberian cairan, karena 24 jam pertama penderita pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya; diet, pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air

teh; mobilisasi, dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.

Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi setengah posisi duduk (semi fowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi; kateterisasi, kateter biasanya terpasang 24-48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

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

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan

penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Merupakan keluhan yang dirasakan klien, sehingga menjadi alasan klien dibawa ke rumah sakit.

2) Keluhan utama saat dikaji

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

P = Paliatif/Propokatif

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

Q = Quality/Quantity

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

R = Region/Radiasi

Yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan SC biasanya klien mengeluh nyeri pada

daerah luka jahitan pada daerah abdomen biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S = Severity, Skala

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

T= Timing

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

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai riwayat tindakan perbedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit menular seperti TBC, HIV dan hepatitis.

c. Riwayat Ginekologi dan Obstetri (Sulistyawati, 2015)

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

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

b) Riwayat perkawinan (suami istri)

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

c) Riwayat keluarga berencana

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

2) Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada kehamilan sebelumnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

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

c) Riwayat persalinan dahulu

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

d) Riwayat persalinan sekarang

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

e) Riwayat nifas dahulu

Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

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

d. Pola aktivitas sehari-hari, di rumah dan di rumah sakit

(Sulistyawati, 2015)

1) Pola nutrisi

Mencakup makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi terhadap makanan dan minuman : jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post sektio sesarea akan terjadi

penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.

2) Pola eliminasi

Mencangkup kebiasaan BAB: frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan. BAK: frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum. Pergerakan usus yang biasa dan teratur kembali setelah tonus usus kembali. Dibutuhkan 2-8 minggu sampai hipotonus dan dilatasi uterus dan pelvis ginjal yang terjadi karena kehamilan kembali seperti sebelum hamil.

3) Pola istirahat dan tidur

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

4) Personal hygiene

Mencangkup frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan seksio sesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat

tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

5) Aktifitas dan latihan

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

e. Pemeriksaan Fisik Ibu

1) Kepala

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

2) Wajah

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

3) Mata

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

4) Telinga

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

5) Hidung

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

6) Mulut

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

7) Leher

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

8) Dada

Terdiri dari jantung, paru-paru dan payudara. Selama 2 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan.

9) Abdomen

Pada hari pertama, tinggi fundus uteri kira-kira 1 jari dibawah pusat. Perhatikan adanya linea nigra masih terlihat, serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi seksio sesarea.

10) Punggung dan bokong

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

11) 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.

12) Anus

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

13) Ekstremitas

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

f. Pemeriksaan fisik bayi

1) Keadaan umum

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

2) Antopometri

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

g. Pemeriksaan diagnostic

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin/Hematokrit
- 6) Golongan darah
- 7) Urinalisis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- 9) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- 10) Ultrasound sesuai pesanan.

h. Data Psikologis

Yang perlu dikaji dalam hal psikologis pasien adalah :

a) Gambaran Diri

Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

b) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi.

c) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri.

d) Peran Diri

Seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

i. Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

Menurut Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2018 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi Sectio caesarea adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko: episiotomi, laserasi jalan lahir, bantuan pertolongan persalinan.
- e. Defisit perawatan diri: mandi/kebersihan diri, makan, toileting berhubungan dengan kelelahan postpartum.
- f. Resiko perdarahan
- g. Defisiensi pengetahuan: perawatan postpartum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan postpartum.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Menurut *North American Nursing diagnosis Association* 2018 Rencana Keperawatan pada diagnosa yang mungkin muncul dengan section caesarea adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, insisi pembedahan luka operasi SC, episiotomi)

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan ya • Diaphoresis • Dilatasi pupil • Ekspresi wajah nyeri (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis) • Focus menyempit • Focus pada diri 	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pain level b) Pain control c) 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). • Tanda – tanda vital dalam batas normal • Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. • Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri). • Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. d) Kaji kultur yang mempengaruhi 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia. b) Bahasa tubuh dapat secara psikologis dan fisiologik dan dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas / beratnya masalah. c) Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau di tolak ; memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan. d) Budaya adalah sesuatu cara hidup

sendiri	respon nyeri	yang dimiliki bersamaoleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi.
<ul style="list-style-type: none"> • Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri • Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri • Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas • Mengekspresikan perilaku • Perilaku distraksi • Perubahan parameter fisiologis • Perubahan posisi untuk menghindari nyeri • Perubahan selera makan • Putus asa • Sikap melindungi area nyeri • Sikap tubuh melindungi 	<p>e) Evaluasi pengalaman nyeri masalah</p> <p>f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</p> <p>h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p> <p>i) Kurangi factor presipitasi nyeri</p> <p>j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan</p>	<p>e) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>f) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p> <p>g) penggunaan persepsi sendiri / perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih fektif.</p> <p>h) suhu ruangan normal dalam rentang 20-25 °C dengan pencahayaan yang cukup mempengaruhi kemampuan klien untuk rileks dan tidur atau istirahat secara efektif.</p> <p>i) Perubahan berat / lamanya dapat mengindikasikan kemajuan proses penyakit / terjadinya komplikasi</p> <p>j) Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera fisik • Agen cedera kimiawi 		

	interpersonal)	farmakologi dan nonfarmakologi
k)	Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	k) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.
l)	Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi	l) Manajemen nyeri non farmakologis lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping .
m)	Berikana analgetik untuk mengurangi nyeri	m) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik
n)	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	n) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
o)	Tingkatkan istirahat	o) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan terapeutik

p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

p) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik

q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

q) penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan.

Analgetic administration

r) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat

Analgetik administration

r) Dosis adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita

s) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi

s) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan

t) Cek riwayat alergi

t) Alergi adalah suatu respon abnormal sistem kekebalan tubuh

u) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu

u) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan

v) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri

v) Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang di inginkan

w) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur

w) Rute pemberian obat terutama ditentukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan

		obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat
x) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali	x) Respons autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut	
y) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	y) Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius	
z) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.	z) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik.	

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

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakefektifan Pemberian ASI

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan pemberian ASI	NOC a) Breastfeeding	NIC a) Evaluasi pola	a) Kemampuan

<p>Definisi : Kesulitan pemberian susu pada bayi atau anak secara langsung dari payudara, yang dapat mempengaruhi status nutrisi bayi/anak.</p>	<p>ineffective b) Breathing pattern ineffective c) Breasfeeding interrupted</p>	<p>menghisap/ menelan bayi</p>	<p>menelan bersifat dinamis sejalan dengan tumbuh kembang anak dalam bidang keterampilan oromotor</p>
<p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi menangis dalam jam pertama setelah menyusui • Bayi menangis pada payudara • Bayi mendekati kearah payudara • Bayi menolak latching on • Bayi tidak mampu latching on pada payudara secara tepat • Bayi tidak responsive terhadap tindakan kenyamanan lain • Ketidakuatan defekasi bayi • Ketidak cukupan kesempatan menghisap payudara • Ketidakcukupan pengosongan setiap payudara setelah menyusui • Kurang penambahan berat badan bayi • Luka puting yang menetap setelah satu minggu pertama menyusui • Tampak ketidakadekuatan asupan susu • Tidak menghisap payudara terus menerus • Tidak tampak tanda pelepasan oksitoksin 	<p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. • Kemantapan pemberian ASI: ibu: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusui dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. • Pemeliharaan pemberian ASI: keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/ toddler. • Penyapihan pemberian ASI • Diskontinuitas progresif pemberian ASI • Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, 	<p>b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui.</p> <p>c) Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (reflek rooting, menghisap dan terjaga)</p> <p>d) Kaji kemampuan bayi untuk latch on dan menghisap secara efektif</p> <p>e) Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</p> <p>f) Pantau integritas kulit puting ibu</p> <p>g) Evaluasi pemahaman tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</p>	<p>b) Motivasi atau semangat dari suami selalu diharapkan oleh ibu menyusui.</p> <p>c) Mudah tidaknya seseorang dalam menyusui tergantung pada pengalaman masalah nya jika ada</p> <p>d) Latch on adalah stilah yang digunakan ketika bayi mendapatkan posisi yang tepat saat menempelkan mulutnya pada putih ibu</p> <p>e) Jika bayi tidak menempelkan mulutnya dengan baik di payudara , konsumsi ASI akan terganggu</p> <p>f) infeksi pada payudara yang sering disebabkan karena masuknya kuman yang terdapat pada mulut dan hidung bayi</p> <p>g) Mastitis adalah infeksi pada satu atau lebih pada saluran payudara</p>

Faktor yang berhubungan	ibu mengenali isyarat lapar dari bayi dengan seger, ibu mengindikasikan kepuasan terhadap pemberian ASI, ibu tidak mengalami nyeri penekanan pada puting, mengenali tanda-tanda penurunan suplay ASI	h) Pantau kemampuan untuk mengurangi kongesti payudara dengan benar	h) Pembengkakan payudara terjadi karena adanya gangguan antara akumulasi air susu dan meningkatkan vaskularisasi dan kongesti
<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalensi ibu • Anomali payudara ibu • Ansietas ibu • Defek orofaring • Diskontinuitas pemberian asi • Kelelahan ibu • Keluarga tidak mendukung • Keterlambatan laktogen II • Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya asi • Kurangnya penerahuan orang tua tentang teknik menyusui • Masa cuti melahirkan pendek • Nyeri ibu • Obesitas ibu • Pembedahan payudara sebelumnya • Penambahan makanan dengan puting infiltrasi • Penggunaan dot • Prematuritas • Reflek isap bayi buruk • Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI 		i) Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.	i) peningkatan berat badan di usia dini sangat penting bagi kesehatan tubuh dalam jangka panjang
		Brest examination Laktation suppression	
		j) Fasilitasi proses bantuan interaktif untuk membantu mempertahankan keberhasilan proses pemberian ASI.	j) Keberhasilan pemberian ASI pada bayi sangat ditentukan oleh cara dan keberhasilan pemberian ASI sejak awal
		k) Sediakan informasi tentang laktasi dan tehnik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI	k) Dengan cara memompa ASI yang tepat, produksi ASI diharapkan akan meningkat kembali sehingga mencukupi kebutuhan bayi sehari-hari
		l) Ajarkan orang tua mempersiapkan, menyimpan, menghangatkan, dan kemungkinan pemberian tambahan susu formula	l) ASI yang akan digunakan secepatnya, lebih baik dimasukkan ke dalam bagian lemari pendingin yang tidak akan membuat beku
		Laktation konseling	
		m) Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI	m) ASI mengandung antibodi dalam jumlah besar yang berasal dari tubuh seorang ibu
		n) Diskusikan	n) Makanan

metode alternatif pemberian makanan bayi pendamping ASI atau disebut MPASI mulai diberikan pada usia 6 bulan karena proses pencernaan bayi yang sudah mulai sempurna.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelemahan

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Pola Tidur

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Definisi: Interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal.</p> <p>Batasan</p> <p>Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan jatuh tertidur • Ketidakpuasan tidur • Menyatakan tidak merasa cukup istirahat • Penurunan kemampuan berfungsi • Perubahan pola tidur normal • Sering terjaga tanpa jelas penyebabnya <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan karena pasangan tidur • Halangan lingkungan • Imobilisasi • Kurang privasi • Pola tidur tidak menyetakan 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiety reduction • Comfort level • Pain level • Rest: extent and pattern • Sleep: extent and pattern <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari • Pola tidur, kualitas dalam batas normal • Perasaan segar sesudah tidur/istirahat • Mampu mengidentifikasi an hal-hal yang meningkatkan tidur 	<p>NIC</p> <p>Sleep Enhancement</p> <p>a) Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur</p> <p>b) Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat</p> <p>c) Ciptakan lingkungan yang nyaman</p> <p>d) Kolaborasi pemberian obat tidur</p>	<p>a) Penggunaan jangka panjang medikasi tersebut dapat mengganggu pola tidur dan memperburuk masalah tidur</p> <p>b) fungsi daripada tidur adalah untuk mengembalikan (restore) fungsi tubuh selama periode tanpa aktivitas supaya fungsi biologi tubuh yang adekuat dapat dipastikan</p> <p>c) Tempat tidur yang sejuk dan gelap akan membantu Anda untuk tertidur lebih cepat dan tidur lebih baik</p> <p>d) penggunaan obat tidur wajib di bawah pengawasan dokter. Jika tidak</p>

		dikonsumsi dengan bijak
e)	Intsruksikan untuk memonitor tidur pasien	e) monitoring tidur dapat memastikan apakah pola tidur masih mengalami gangguan
f)	Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur	f) Manusia membutuhkan waktu 8-10 jam dalam sehari untuk tidur
g)	Monitor/catat kebutuhan waktu tidur pasien setiap hari dan jam	g) Menentukan berapa banyak kebutuhan istirahat pasien.

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

Tabel 2.6 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Infeksi Definisi: Rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan Faktor-faktor resiko:	NOC <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 Mendeskripsi proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup 	NIC Kontrol infeksi a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien b) Pertahankan tehnik isolasi c) Batasi pengunjung bila perlu	a) Infeksi nosocomial adalah infeksi yang menyebar di dalam rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya b) isolasi merupakan sebuah tehnik khusus yang didesain terpisah dari pasien lain untuk mencegah penularan penyakit. c) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari
<ul style="list-style-type: none"> Kurang pengetahuan untuk menghindari pemanjaan pathogen Malnutrisi Obesitas Penyakit kronis Prosedur invasive Pertahanan tubuh primer tidak adekuat Gangguan integritas kulit Gangguan 			

peristaltis	sehat		
<ul style="list-style-type: none"> • Merokok • Pecah ketuban dini • Pecah ketuban lama • Penurunan kerja siliaris • Penurunan pH sekresi • Statis cairan tubuh 		<p>d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</p> <p>e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan</p> <p>f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</p> <p>h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</p> <p>i) Berikan terapi antibiotik bila perlu</p>	<p>pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>d) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.</p> <p>e) antiseptik adalah suatu bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh kuman</p> <p>f) Tujuan mencuci tangan menurut DEPKES 2007 adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.</p> <p>g) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung.</p> <p>h) Infeksi dapat terjadi melalui penularan dari pasien kepada petugas, dari pasien ke pasien lain dan dari pasien kepada pengunjung</p> <p>i) Antibiotik adalah zat yang memiliki kemampuan untuk menghambat kehidupan mikroorganisme</p>

j) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	j) Tanda-tanda infeksi adalah bengkak, kemerahan, panas, nyeri tekan dan hilangnya fungsi pada bagian yang terinflamasi
--	---

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

Tabel 2.7 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit perawatan diri mandi Definisi: Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas secara mandiri Batasan Karakteristik: <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakmampuan membasuh tubuh • Ketidakmampuan mengakses kamar mandi • Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi • Ketidakmampuan mengeringkan tubuh • Ketidakmampuan menjangkau sumber air Faktor yang berhubungan: <ul style="list-style-type: none"> • ansietas • gangguan fungsi kognitif • gangguan musculoskeletal • gangguan 	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Activity Intolerance • Mobility: physical impaired • Self care deficit hygiene • Sensory perception, 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 • Perawatan diri mandi: mampu untuk 	NIC Self care assistance : Bathing/hygiene <ul style="list-style-type: none"> a) Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan c) Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi d) Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, 	<ul style="list-style-type: none"> a) Budaya adalah suatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi b) Identifikasi ketidakmampuan memudahkan dalam melaksanakan intervensi c) Barang-barang yang mudah di jangkau akan memudahkan prosedur tindakan d) Lingkungan terapeutik adalah lingkungan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien

neuromuscular	membersihkan tubuhsendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	pengalaman pribadi, dan personal	
<ul style="list-style-type: none"> • ganggaun presepsi • kelemahan • kendala lingkungan • ketidakmampuan merasakan bagian tubuh • ketidakmampuan merasakan hubungan spasial • nyeri • penurunan motivasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu • Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu • Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi • Membersihkan dan mengeringkan tubuh • Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> e) Memfasilitasi sikat gigi yang sesuai f) Memfasilitasi mandi pasien g) Membantu kebersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien h) Memberikan bantuan sampai pasien dapat melakukan perawatan diri sepenuhnya. 	<ul style="list-style-type: none"> e) Saat menyikat gigi anda habiskanlah waktu 12-13 detik per gigi hingga gigi anda benar-benar bersih. Rongga mulut anda sebaiknya anda bersihkan dengan baik. f) mandi membuat tubuh atau badan Anda sendiri kembali segar g) Membersihkan kuku hakekatnya adalah untuk menjaga kesehatan tubuh h) Kepercayaan diri terhadap kemampuan sangat penting untuk kesembuhan

f. Resiko perdarahan

Tabel 2.8 Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perdarahan Definisi: Rentan mengalami	NOC <ul style="list-style-type: none"> • Blood lose severity 	NIC Bleding precaution a) Monitor ketet	a) Perdarahan yang

penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	<ul style="list-style-type: none"> • Blood koagulation 	tanda tanda perdarahan	banyak dalam nifas hampir selalu disebabkan oleh sisa plasenta
Faktor resiko:	Kriteria Hasil:		
<ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma • Gangguan gastrointestinal (mis., penyakit ulkus lambung, polip, varises) • Koagulapati inhern • Koagulapati intravascular disseminata • Komplikasi kehamilan • Komplikasi pascapartum • Kurang pencerahan tentang kewaspadaan perdarahan • Program pengobatan • Sirkumsisi • Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada hematuria dan hematemesis • Kehilangan darah yang terlihat • Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastol • Tidak ada perdarahan pervagina • Tidak ada distensi abdominal • Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<p>b) Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan</p> <p>c) Monitor TTV ortostatik</p> <p>d) Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif</p> <p>e) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma)</p> <p>f) Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan</p> <p>g) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k</p> <p>h) Monitor status</p>	<p>b) Penurunan Hb merupakan tanda tanda perdarahan yg serius</p> <p>c) Hipotensi ortostatik adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan tekanan darah saat seseorang berdiri dari posisi duduk</p> <p>d) bed rest adalah sebuah prosedur dengan memastikan pasien berbaring dan beristirahat di tempat tidur dalam kurun waktu tertentu</p> <p>e) Tujuan dalam memberikan tindakan transfusi darah adalah Meningkatkan kemampuan darah dalam mengangkut oksigen</p> <p>f) Antikoagulan adalah obat yang bekerja untuk mencegah penggumpalan darah</p> <p>g) fungsi vitamin K ini untuk membantu proses pembekuan darah saat terjadi luka pada bagian tubuh</p> <p>h) keseimbangan</p>

	cairan yang meliputi intake dan output	intake output penting dalam perdarahan
	i) Pertahankan potensi IV line	i) cara pemberian obat ada beberapa macam diantaranya adalah melewati jalur intravena
	Bleeding reduction : gastrointestinal	
	j) Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka	j) sekresi merupakan proses pengeluaran zat oleh kelenjar yang masih digunakan oleh tubuh
	k) Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen	k) ibuprofen bekerja dengan menghalangi produksi substansi alami tubuh yang menyebabkan peradangan

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

Tabel 2.9 Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit pengetahuan Definisi : Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan Karakteristik:	NOC <ul style="list-style-type: none"> Knowledge : disease process Knowledge : healt behavior Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tetang penyakit, kondisi, prognosis,progra 	NIC Treching : disease process a) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.	a) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh
<ul style="list-style-type: none"> Ketidakakuratan melakukan test Ketidakakuratan mengikuti 			

perintah	m pegobatan.		pasien
<ul style="list-style-type: none"> • Kurang pengetahuan perilaku tidak tepat 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 	b) Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat	b) pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan
<p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi kognitif • Gangguan memori • Kurang informasi • Kurang minat untuk belajar • Kurang sumber pengetahuan • Salah pengertian terhadap orang lain 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya. 	c) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat	c) pengetahuan tentang proses penyakit dapat meningkatkan pemahaman tentang proses penyembuhan
		d) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit	d) Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya
		e) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan	e) Memilih terapi paling tepat untuk pasien mempercepat penyembuhan.
		f) Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.	f) Tanda (sign) adalah temuan objektif yang diobservasi oleh dokter sedangkan gejala (symptom) adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh pasien

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. Tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan ibu post partum seksio sesarea.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post operasi seksio sesarea adalah mampu mempertahankan kebutuhan perawatan diri, mampu mengatasi defisit perawatan diri dan dapat meningkatkan kemandirian. Masalah ketidaknyamanan fisik akibat seksio sesarea dapat teratasi (Mitayani, 2015).

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Menurut Asmadi (2012), Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan lainnya.

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif (Muttaqin, 2011).

2.4.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Asmadi (2012), nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

a. Nyeri berdasarkan tempatnya:

- 1) Pheriperal pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
- 2) Deep pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- 3) Referred pain, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) Central pain, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada system saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya :

- 1) Incidental pain, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) Steady pain, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan, dalam waktu yang lama.

- 3) Paroxymal pain, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- c. Nyeri berdasarkan berat ringannya :
- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi.
- d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan :
- 1) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dari daerah nyeri diketahui dengan jelas.
 - 2) Nyeri kronis, yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas, dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus menerus terasa makin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan.

Tabel 2.10 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Nyeri akut	Nyeri kronis
<ul style="list-style-type: none"> • Waktu: kurang dari enam bulan • Daerah nyeri terlokalisasi • Nyeri terasa tajam seperti ditusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain • Respon sistem saraf simpatis: takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil • Penampilan klien tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot 	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu: lebih dari enam bulan • Daerah nyeri menyebar • Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu, dan lain-lain • Respon sistem saraf parasimpatis: penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, dan pupil konstriksi • Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

2.4.3 Mekanisme Nyeri

Nyeri merupakan suatu fenomena yang penuh rahasia dan menggugah rasa ingin tahu para ahli. Begitu pula untuk menjelaskan bagaimana nyeri tersebut terjadi masih merupakan misteri. Namun demikian ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme transmisi nyeri. Teori tersebut diantaranya adalah (Asmadi, 2012) :

1) The Specificity Theory (Teori Spesifik)

Otak menerima informasi mengenai objek eksternal dan struktur tubuh melalui saraf sensoris. Saraf sensoris untuk setiap indra perasa bersifat spesifik. Artinya, saraf sensoris dingin hanya dapat dirangsang oleh sensasi dingin, bukan oleh panas. Begitu pula dengan saraf sensoris lainnya.

Menurut teori spesifik ini, timbulnya sensasi nyeri berhubungan dengan pengaktifan ujung-ujung serabut saraf bebas oleh perubahan mekanik, rangsangan kimia, dan temperature yang berlebihan.

2) The Intensity Theory (Teori Intensitas)

Nyeri adalah hasil rangsangan yang berlebihan pada raseptor. Setiap rangsangan sensori punya potensi untuk menimbulkan nyeri jika intensitasnya cukup kuat.

3) The Gate Control Theory (Teori Kontrol Pintu)

Teori ini menjelaskan mekanisme transmisi nyeri. Kegiatannya bergantung pada aktivitas serat saraf aferen berdiameter besar atau kecil dapat mempengaruhi sel saraf di substansia gelatinosa. Aktivitas serat yang berdiameter besar menghambat transmisi yang artinya “pintu ditutup” sedangkan serat saraf yang berdiameter kecil mempermudah transmisi yang artinya “pintu dibuka”.

2.4.4 Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain (Mubarak et al., 2015) :

- 1) Etnik dan nilai budaya
- 2) Tahap Perkembangan
- 3) Lingkungan dan individu pendukung

- 4) Pengalaman nyeri sebelumnya
- 5) Ansietas dan stress
- 6) Jenis kelamin
- 7) Makna Nyeri
- 8) Perhatian
- 9) Keletihan
- 10) Gaya coping
- 11) Dukungan keluarga dan sosial

2.4.5 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

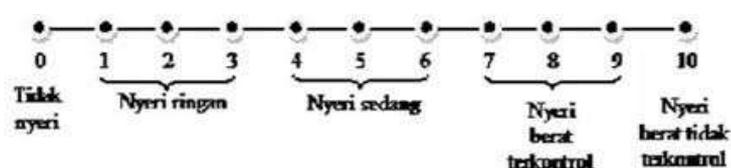
Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian nyeri akut pada post sectio caesarea sama dengan nyeri pada umumnya. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Mubarak et al., 2015) :

- 1) Skala Penilaian Numerik Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian Numerical Rating Scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini,

pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

Gambar 2.5

Skala Penilaian Numerik



Sumber : Mubarak et al., 2015

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi

10 : pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

2.4.6 Manajemen Nyeri

Menurut (Murray,Michelle, 2013) manajemen nyeri dibagi dua metode diantaranya :

a. Metode Non Farmakologi

Teknik manajemen nyeri nonfarmakologis dapat membantu mengurangi persepsi nyeri dan biasanya aman. Teknik ini bekerja untuk mengubah interaksi antara pikiran- tubuh atau komponen afektif (bukan sensori) pada persepsi nyeri.

1) Akupuntur

Akupuntur dapat menghambat sinyal nyeri sehingga tidak dapat mencapai medulla spinalis dan otak

2) Aromaterapi

Minyak esensial dari tanaman tidak mengubah tekanan darah ataupun denyut jantung, namun dapat memperbaiki alam perasaan dan tingkat ansietas.

3) Relaksasi nafas

Relaksasi dapat membantu mempertahankan tekanan darah pada rentang normal, mengurangi konsumsi oksigen dan ketegangan otot.

4) Masase

Masase dapat meredakan nyeri dengan menghambat sinyal nyeri atau dengan meninggalkan aliran darah dan oksigen ke jaringan.

b. Metode Farmakologi

Jika sudah efektif dalam penanganan nyeri menggunakan terapi nonfarmakologi, biasanya dilakukan metode farmakologi dengan pemberian obat analgetik kepada ibu post seksio sesarea.