

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Prodi D-III
Keperawatan STIKes Bhakti
Kencana Bandung**

Oleh :

AGNINA FRIANDANI FADLLIN

AKX.16.003



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Agnina Friandani Fadllin

NIM : AKX.16.003

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Sesarea

Dengan Nyeri Akut Di Ruang Jade Di Rsud dr. Slamet Garut

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

Bandung 14 April 2019

Yang Membuat Pernyataan

METERAI
TIMPEL
6665AFF827249475
6000
ENAM RIBURUPIAH
Agnina Friandani F

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

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

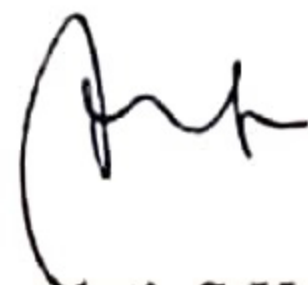
**OLEH
AGNINA FRIANDANI FADLLIN
AKX.16.003**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal

14 April 2019

Menyetujui,

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing Pendamping



Yati Nurhayati, S.Kep
NIP 9070495

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

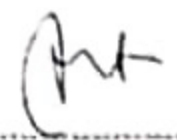
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT

OLEH
AGNINA FRIANDANI FADLLIN
AKX.16.003

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

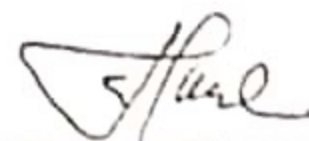
PANITIA PENGUJI


Ketua : Tuti Suprapti, S.,Kp, M.kep
(Pembimbing Utama)

()

Anggota:

1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Penguji I)
2. Ingrid Dirgahayu, S.Kep., MKM
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati, S.Kep
(Pembimbing Pendamping)

()

()

()

Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua


Rd. Siti Jandiah, S.Kp., M.Kep
NIP. 101070641

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

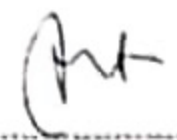
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT

OLEH
AGNINA FRIANDANI FADLLIN
AKX.16.003

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

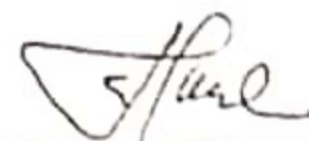


PANITIA PENGUJI

Ketua : Tuti Suprapti, S.,Kp, M.kep
(Pembimbing Utama)

()

Anggota:

1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Penguji I)
2. Ingrid Dirgahayu, S.Kep., MKM
(Penguji II)
3. Yati Nurhayati, S.Kep
(Pembimbing Pendamping)

()
()
()

Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua


Rd. Siti Jandiah, S.Kp., M.Kep
NIP. 101070641

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis yang berjudul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN NYERI AKUT DI RUANG JADE RSUD DR. SLAMET GARUT ” dengan sebaik – baiknya.

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

Dalam penyusunan karya tulis ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., M.H.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, SKp., M.Kes, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, SKp., M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan selaku pembimbing utama KTI yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
4. Yati Nurhayati, S.Kep, selaku pembimbing pendamping KTI yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga selama penulis mengikuti pendidikan dan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
5. H. Maskut Farid, dr., MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut.
6. Citra, S.Kep. Ners. Selaku pembimbing dan CI lapangan yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada mereka yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis, Ayahanda tercinta Deni Hendriana, Ibunda tercinta Nunung Hidayanti, Adikku tercinta Moch Azka S.A dan Al Mikyad Rizki A. Serta seluruh

8. keluarga besar yang selalu memberikan semangat, pengorbanan, pengertian, kesabaran, dan kasih sayang yang tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada Refina Agustiyah, Yunalia F, Feri Widya R, Nizara Zulma, Patmi Widya yang telah memberikan semangat, motivasi sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
10. Teman – teman seperjuangan Anestesi angkatan XII 2016 yang bersama – sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, 14 April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
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 Penelitian	6
1.4.1 Teoritis	6
1.4.2 Praktisi	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi Seksio Sesarea	8
2.1.2 Anatomi Abdomen.....	9
2.1.3 Etiologi Seksio Sesarea	12
2.1.4 Pathway Seksio Sesarea	13
2.1.5 Kasifikasi Seksio Sesarea	14
2.1.6 Indikasi Seksio Sesarea	14
2.1.7 Komplikasi Sesarea	15

2.1.8 Pemeriksaan Diagnosa Seksio Sesarea	16
2.1.9 Penatalaksanaan Medik Dan Implikasi Seksio Sesarea	16
2.2 Konsep Nyeri	18
2.2.1 Pengertian Nyeri.....	18
2.2.2 Tipe Nyeri	18
2.2.3 Fisiologis Nyeri.....	20
2.2.4 Penyebab Nyeri	20
2.2.5 Klasifikasi Nyeri	20
2.2.6 Intensitas Nyeri	22
2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri	24
2.2.8 Penatalaksanaan Nyeri	38
2.3 Nifas	26
2.3.1 Definisi Nifas.....	26
2.3.2 Tahapan Masa Nifas	26
2.3.3 Perubahan Fisiologi Masa Nifas	27
2.3.4 Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas.....	36
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	38
2.4.1 Pengkajian Keperawatan	38
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	47
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	48
2.4.4 Implementasi Keperawatan	68
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	68
BAB III METODE PENELITIAN KTI.....	70
3.1 Desain.....	70
3.2 Batasan Istilah	70
3.3 Subyek Penelitian.....	71
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian	71
3.5 Pengumpulan Data	72
3.6 Uji Keabsahan Data.....	73
3.7 Analisa Data	73
3.8 Etik Penulisan	75

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	78
4.1 Hasil	78
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	78
4.1.2 Asuhan Keperawatan	79
4.1.2.1. Pengkajian	79
4.1.2.2. Analisa Data.....	92
4.1.2.3. Diagnosa Keperawatan.....	94
4.1.2.4. Intervensi Keperawatan.....	97
4.1.2.5. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Formatif	101
4.1.2.6. Evaluasi Somatif	108
4.2 Pembahasan.....	109
4.2.1 Pengkajian	109
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	109
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	113
4.2.4 Implementasi Keperawatan	114
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	114
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	117
5.1 Kesimpulan	117
5.2 Saran.....	118
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kuadran Abdomen	9
Gambar 2.2 <i>Visual Analogue Scale</i>	23
Gambar 2.3 <i>Numerik Rating Scale</i>	23
Gambar 2.4 <i>Faces Pain Rating scale</i>	24

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi.....	48
Tabel 4.1 Identitas Klien	80
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	80
Tabel 4.3 Riwayat Ginekologi dan Obstetrik.....	82
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari - Hari	84
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	86
Tabel 4.6 Data Psikologis	90
Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	92
Tabel 4.9 Analisa Data.....	93
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	95
Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan.....	98
Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan.....	102
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan.....	109

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi	13
-------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: Sectio Caesarea
EKG	: Elektrokardiografi
JDL	: Jumlah Darah Lengkap
ASI	: Air Susu Ibu
TBC	: Tuberkulosis
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
DM	: Diabetes Melitus
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TT	: Tetanus Toksoid
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
BAB	: Buang Air Kecil
BAK	: Buang Air Besar
ICS	: Interkostalis
CRT	: Capillary Refill Time
HB	: Hemoglobin
IV	: Intravena
IM	: Intramuskuler
ADL	: Activity Daily Life
HT	: Hematokrit
AGD	: Analisa Gas Darah

CVP	: Central Vena Pressure
POD	: Post Of Day
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
PB	: Panjang Badan
LK	: Lingkar Kepala
LD	: Lingkar Dada
CM	: Centimeter
GCS	: Glasgow Coma Scale
BU	: Bising usus
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-tanda vital

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3 Lembar Observasi

Lampiran 4 Lembar Justifikasi

Lampiran 5 Review Artikel

Lampiran 6 Catatan Revisi Ujian KTI

Lampiran 7 Jurnal

ABSTRAK

Latar Belakang : Seksio sesarea merupakan kelahiran janin melalui jalur abdominal (*laparotomi*) yang memerlukan insisi ke dalam uterus (*histerotomi*). Tindakan seksio sesarea akan menimbulkan masalah pada klien baik secara sosial, psikologi dan fisik. Dari masalah keperawatan tersebut nyeri merupakan dominan yang paling dirasakan pada klien post seksio sesarea. **Metode** : studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi teknik relaksasi genggam jari selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi. Kedua klien mengalami penurunan nyeri yang sama dari skala 5 menjadi 2. **Diskusi** : teknik relaksasi genggam jari efektif mempengaruhi penurunan skala nyeri klien. Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada klien.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut, Seksio Sesarea.*

Daftar Pustaka : 15 Buku (2009-2018). 3 Jurnal (2017-2018)

ABSTRACT

Background : *Sectio caesarea is the birth of a fetus through the abdominal line (laparotomi) that require incision into the uterus (histerotomi). Sectio caesarea actions will cause problems on the client either in a social, psychological and physical. The nursing problems of pain is felt on the most dominant clients post seksio sesarea. Methods* : *case studies, namely studies that explore a problem/phenomenon with detailed restrictions, has deep data retrieval and include a variety of information sources. This case study was conducted on two clients post sectio caesarea with acute pain nursing problems. Results* : *after intervention by providing nursing care of relaxation techniques for finger handheld 3x24, acute pain nursing problems in case 1 and case 2 can be resolved. Both clients are experiencing the same pain decrease scale of 5 to 2. Discussion* : *relaxation techniques effective influence decline hand-held finger pain scale clients. Clients with acute pain nursing problems do not always have the same response it is influenced by several factors. So that nurses have to do comprehensive care to address the issue of nursing on the client.*

Keywords : *Nursing Care, Acute Pain, Sektio Caesarea.*

Bibliography : *15 book (2009-2018). 3 Journal (2017-2018)*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses dimana bayi, placenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (APN, 2008). Menurut proses berlangsungnya persalinan atas persalinan spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibunya sendiri tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam, dan persalinan buatan yaitu proses persalilan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan *forceps* atau dilakukan dengan operasi seksio sesarea (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

Angka persalinan dengan metode seksio sesarea menurut World Health Organization (WHO) cukup besar yaitu sekitar 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di negara – negara berkembang (WHO, 2010). Peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia. Di Indonesia, angka

kejadian operasi sesar juga terus meningkat baik di rumah sakit pemerintah maupun di rumah sakit swasta. Menurut Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadi kecenderungan peningkatan operasi sesar di Indonesia dari tahun 1991 sampai tahun 2007 yaitu 1,3 - 6,8 persen. Persalinan sesar di kota jauh lebih tinggi dibandingkan di desa yaitu 11 persen dibandingkan 3,9%. Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sesar sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2018, dengan proporsi tertinggi di Bali (30,2%) dan terendah di Papua (6,7%). Berdasarkan data yang penulis dapatkan pada tahun 2015 - 2017, di RSUD dr. Slamet Garut data kasus persalinan dengan tindakan seksio sesarea sebanyak 3.808 kasus (Sumber laporan medikal record Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut tahun 2017-2018).

Seksio sesarea lebih aman dipilih dalam menjalani operasi persalinan karena lebih banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Bilamana ibu di diagnosa panggul sempit atau fetal distress dan ibu yang paranoid terhadap rasa sakit maka seksio sesarea adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anestesi atau penghilang rasa sakit. Seksio sesarea dilakukan satu sisi aman untuk ibu dan bayi, tetapi ada beberapa efek masalah yang ditimbulkan dari seksio sesarea tersebut. Tindakan seksio sesarea akan menimbulkan masalah pada klien baik secara sosial, psikologi dan fisik (Fauzi, 2007).

Dampak secara sosial yang muncul pada klien post seksio sesarea yang muncul diantaranya dari segi biaya akan lebih besar, ibu dan bayi tidak bisa berinteraksi/rawat gabung dengan segera. Dampak secara psikologi diantaranya

klien dan bayi terpisah sehingga *Bounding Attachment* menjadi terganggu, resiko tinggi terhadap harga diri rendah yang berhubungan dengan kegagalan yang dirasakan pada kejadian hidup dalam hal ini klien tidak bisa melahirkan secara normal. Sedangkan dampak fisik pada klien post seksio sesarea yaitu nyeri bekas sayatan, mual atau muntah umumnya timbul akibat sisa – sisa anestesi, gatal pada bekas jahitan, berpeluang infeksi pada luka, mobilisasi menjadi terbatas, melihat dampak yang ditimbulkan dari tindakan seksio sesarea tersebut terhadap klien maka dibutuhkan perawatan yang lebih kompleks dibandingkan ibu yang melahirkan secara normal. Perawatan wanita setelah persalinan seksio sesarea merupakan kombinasi antara asuhan keperawatan bedah dan maternitas (Bobak, 2012; Mitayani, 2013; Cunningham, 2014).

Tindakan seksio sesarea menimbulkan beberapa masalah keperawatan yang lazim muncul adalah (Nurarif,2015) : Ketidakefektifan jalan nafas, Nyeri akut, Ketidakefektifan pemberian ASI, Gangguan eliminasi urine, Resiko infeksi, Defisit perawatan diri. Dari masalah keperawatan tersebut nyeri merupakan dominan yang paling dirasakan pada klien post seksio sesarea. Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan (Perry & Potter, 2006).Nyeri Menurut Solehati & Rustina (2013), 75% dari 5 pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Nyeri yang dirasakan ibu post operasi seksio sesarea ini dapat bertahan antara 24 sampai 48 jam, dan dapat bertahan lebih lama tergantung pada kemampuan dan adaptasi klien terhadap nyeri, serta persepsi klien terhadap nyeri itu sendiri.

Nyeri yang dirasakan klien post seksio sesarea pada daerah insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus. Post seksio sesarea akan menimbulkan nyeri hebat dan proses pemulihannya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal (Sari, 2014). Nyeri yang timbul akibat pembedahan tidak dapat hilang dalam sehari itu dan akan memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *bounding attachment* (*ikatan kasih sayang*) terganggu atau tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living (ADL)* terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal (Afifah, 2009).

Peran perawat penting sebagai pemberi pelayanan bio – psiko – sosial – spiritual yang komprehensif, melalui asuhan keperawatan baik dengan farmakologi yaitu melalui kolaborasi analgetik ataupun non farmakologi yaitu melalui tindakan mandiri. Tindakan mandiri perawat untuk masalah nyeri yaitu dengan relaksasi nafas dalam, distraksi, aroma terapi dan teknik relaksasi genggam jari. Dari beberapa tindakan tersebut salah satu tindakan yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh (Liana, 2008).

Berdasarkan fenomena diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri akut. Dalam hal ini penulis menuangkannya melalui karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Seksio Saesarea dengan Nyeri Akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif baik bio – psiko – sosial dan spiritual pada ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada ibu yang mengalami postseksio sesarea dengan nyeri akut di RSUD dr. Slamet Garut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan proses seksio sesarea dan bagaimana seksio sesarea dapat terjadi. Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak dan dalam karya tulis ini dilakukan penelitian antara dua responden dengan ini manfaat agar pembaca dapat mengetahui perbedaan mana yang muncul diantara dua responden

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan pasien khususnya dengan post seksio sesarea dengan nyeri akut.

1.4.2.2. Bagi Perawat

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan post seksio sesarea.

1.4.2.3. Bagi Institusi Akademik

Manfaat praktis bagi institusi akademik yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut.

1.4.2.4. Bagi Pembaca

Manfaat penulisan karya tulis ilmiah bagi pembaca yaitu menjadi sumber referensi dan informasi bagi orang yang membaca karya tulis ini supaya mengetahui lebih mendalam bagaimana cara merawat pasien yang mengalami post seksio sesarea dengan nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim sengan persyaratan, bahwa rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin di atas 500 gram (Sarwono Prawirohardjo, 2005).

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

Jadi, seksio sesarea merupakan cara melahirkan dengan cara janin dilahirkan melalui insisi pada dinding depan perut.

2.1.2. Anatomi Abdomen

2.1.2.1. Kuadran Abdomen

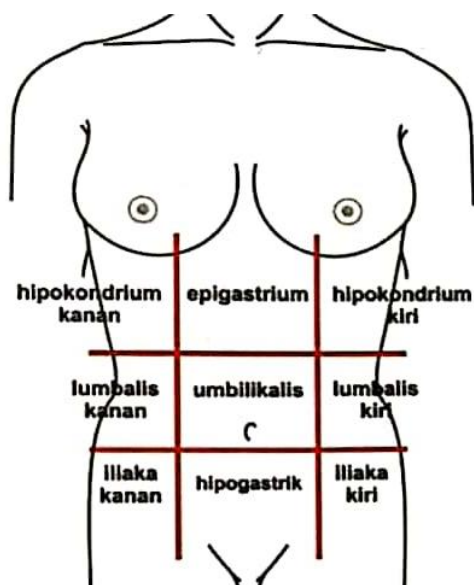
Abdomen dibagi menjadi 9 regio oleh dua garis vertikal dan dua garis horizontal :

1. Garis Vertikal

Melalui pertengahan antara spina ilika anterior superior dan simfisis pubis.

2. Garis Horizontal

- a. Bidang subkostalis, menghubungkan titik terbawah tepi kosta satu sama lain. Merupakan tepi inferior tulang rawan kosta X dan terletak berseberangan dengan vertebra lumbalis III.
- b. Bidang intertuberkularis, menghubungkan tuberkulum pada krista iliaka yang terletak setinggi korpus vertebra lumbalis V.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen (Rasjidi, 2009)

2.1.2.2 Dinding Abdomen

Tersusun dari superfisial ke profunda :

Kulit, jaringan subkutan, otot dan fasia, jaringan ekstrapéritoneum dan peritoneum.

1. Kulit

Langger lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen *langger lines* tersusun secara transversal.

2. Jaringan Subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi : jaringan lemak superfisial (*fasia camper*) dan lapisan membranous dibawahnya (*fasia scarpa*).

3. Otot dan Fasia

Otot – otot dinding ventral abdomen :

- a. M.rektus abdominis
- b. M.piramidalis

Otot – otot dinding lateral abdomen :

- a. M.obliquus abdominis eksternus
- b. M.obliquus abdominis internus
- c. M.transversus abdominis

4. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi kavum abdomen dan sebelah dalam, peritoneum dibagi menjadi :

- a. *Peritoneum parietalis*, langsung melekat pada dinding abdomen
- b. *Peritoneum visceralis*, menutupi organ – organ visceralis. Peritoneum yang menghubungkan organ dan dinding abdomen ini secara umum disebut mesenterium.

Peritoneum parietalis dan *visceralis* merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei. Pada wanita, kavum peritoneum mempunyai dua lubang yaitu kedua ostium tuba uterine (DeCherney AH; Nathan Lauren, 2003)

5. Vaskularisasi

a. Jaringan subkutan

- 1) Berasal dari a.femoralis setelah melewati kanalis femoralis, berjalan diagonal menuju umbilikus. Terletak 5-6 cm dari garis tengah diatas pubis dan 4-5 cm dari garis tengah setinggi umbilikus dan pada pertengahan antara palpasi denyut a.femoralis.
- 2) a.pudenda eksterna superfisial, berasal dari a. femoralis dan berjalan diagonal menuju ke mons pubis dan memiliki cabang *midline*.

- 3) a. ilika sirkumfleksa superfisial, berjalan lateral dari a.femoralis menuju daerah flank.
- b. Otot dan aponeurosis a.epigastrika inferior , a.epigastrika superior, a.sirkumfleksa profunda, a.muskulofrenika.

2.1.3. Etiologi Seksio sesarea

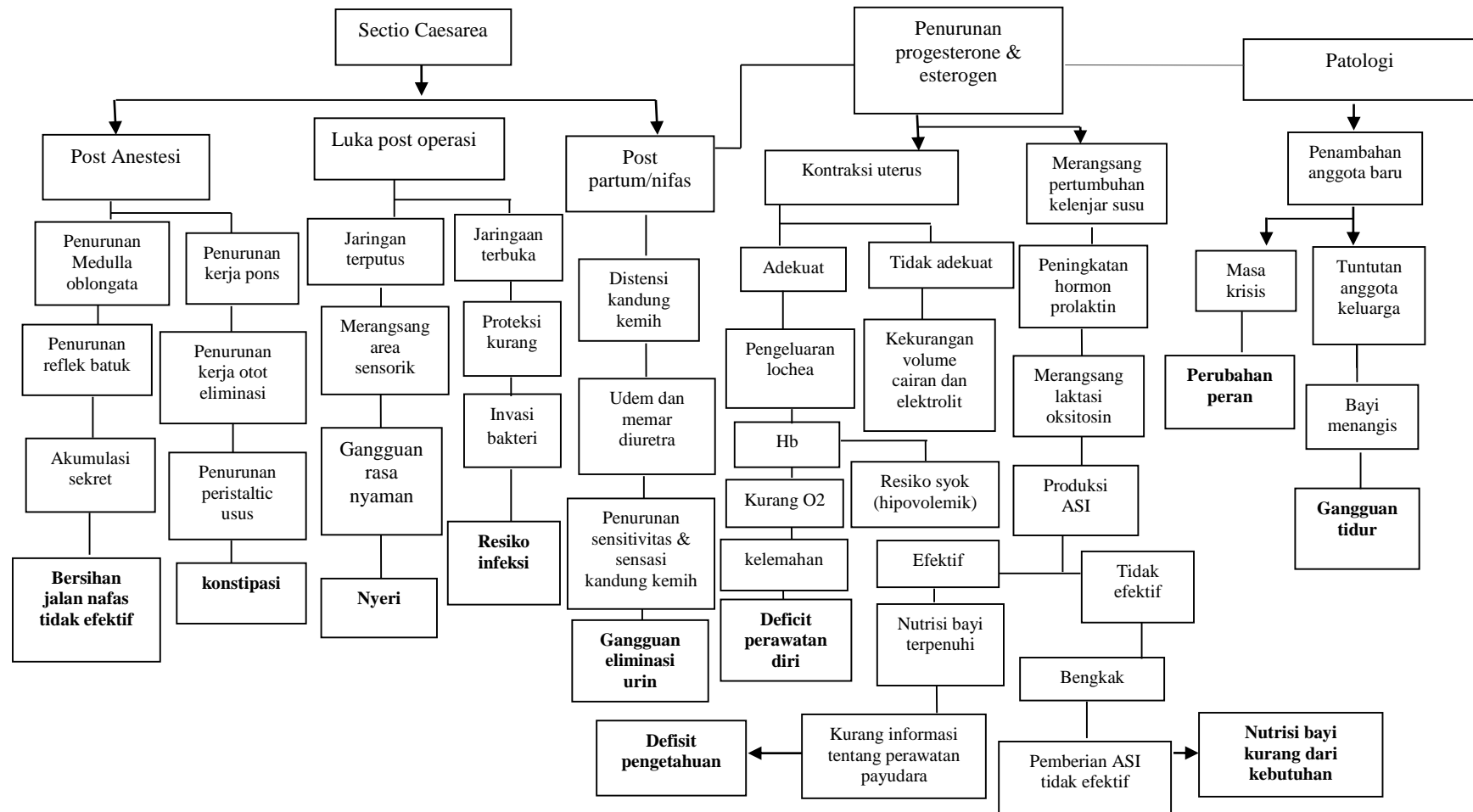
1. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul. Plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia – eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Bagan 2.1.4. Pathway Seksio Sesarea (Nurarif, 2015)



2.1.5. Klasifikasi Seksio Sesarea

1. Seksio sesarea abdomen.

Seksio sesarea transperitonealis.

2. Seksio sesarea vaginalis.

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan dengan cara sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning, sayatan melintang (transversal) menurut Kerr, sayatan huruf T (T-incision).

3. Seksio sesarea klasik (Corporal)

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

4. Seksio sesarea iskimia (Profunda)

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

2.1.6. Indikasi Seksio Sesarea

Indikasi Ibu :

- 1) Panggul sempit absolute.
- 2) Tumor – tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
- 3) Stenosis serviks/vagina.
- 4) Plasenta previa

- 5) Disproporsi sefalopelvik.
- 6) Ruptura uteri membakat.

Indikasi Janin :

- 1) Kelainan letak.
- 2) Gawat janin.

2.1.7. Komplikasi Sesarea

1. Infeksi puerperal (nifas)
2. Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
3. Sedang; dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
4. Berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.
5. Pendarahan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, antonia uteri, pendarahan pada *placental bed*.
6. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
7. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik Seksio Sesarea

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantaun EKG
3. JDL atau diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin atau hematokrit
6. Golongan darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
10. Ultrasound sesuai pesanan

(Tucker, Susan Martin, 1998)

2.1.9. Penatalaksanaan medik dan implikasi seksio sesarea

1. Pemberian Cairan

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

2. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian makanan atau minuman peroral. Pemberian minum dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 – 10 jam pasca operasi, berupa air putih atau teh.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan miring kiri dapat dilakukan sejak 6 – 10 jam setelah operasi, latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu membungkukannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya, selama berturut – turut hari demi hari pasien dianjurkan untuk duduk selama sehari, berjalan – jalan, kemudian berjalan mandiri pada hari ke 3 dan ke 5 pasca operasi.

4. Kateterisasi

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

5. Pemberian obat – obatan

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

6. Perawatan luka

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

7. Perawatan rutin

Hal – hal yang harus diperhatikan selama pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

2.2. Konsep Nyeri

2.2.1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Azis, 2009).

2.2.2. Tipe Nyeri

Menurut Koizer (1996), ada tiga tipe dasar neurologic yang mempengaruhi terbuka atau tertutupnya nyeri, yaitu sebagai berikut :

1. Tipe I

Tipe ini meliputi aktivitas serabut saraf yang dipengaruhi oleh sensori nyeri. Jika serabut saraf berdiameter besar maka akan menutupi pintu yang dilalui oleh impuls nyeri. Teknik ini dipergunakan untuk mengurangi nyeri dengan cara merangsang kulit di mana terdapat serabut saraf berdiameter besar. Intervensi yang dapat diterapkan dengan menggunakan teori ini adalah melakukan *massage*, rangsangan panas dingin, perabaan, dan *transcutaneous electric stimulation*.

2. Tipe II

Rangsangan dari batang otak memengaruhi sensasi nyeri karena formasi retikuler di batang otak memonitori pengaturan input sensori. Apabila seseorang menerima rangsang secara terus-menerus atau berlebihan, maka batang otak akan mengirimkan impuls untuk menutup pintu sehingga rangsang nyeri dapat dihambat. Intervensi yang dapat diterapkan oleh teori ini adalah teknik distraksi, *guided imagery*, dan visualisasi.

3. Tipe III

Tipe ini meliputi aktivitas neurologik dalam sensori dan *thalamus*. Pikiran, emosi, dan ingatan seseorang dapat mengaktifkan impuls nyata yang dapat disadari. Intervensi yang dapat diterapkan dalam teori ini adalah mengajarkan berbagai teknik relaksasi dan pemberian obat analgetik.

2.2.3. Fisiologis Nyeri

Hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung – ujung saraf tepi. Ujung – ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dan reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik, dan suhu. Zat – zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain: bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, sedangkan enzim proteolitik dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel – sel tersebut mengalami kerusakan maka zat – zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan pada kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri.

2.2.4. Penyebab Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain:

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

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke *central Nerve System* (CSN) Untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk (Hinchliff, Mountague, & Watson, 1996).

2.2.5. Klasifikasi Nyeri

Nyeri diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Di bawah ini akan dijelaskan tentang nyeri akut dan Kronis tersebut.

1. Nyeri Akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot, serta kecemasan. Ketegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi (Hinchliff, Mountague, & Watson, 1996; Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

2. Nyeri Kronis

Nyeri Kronis didefinisikan sebagai suatu nyeri yang tidak dapat dikenal dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri Kronis biasanya terjadi pada rentan

waktu 3-6 bulan (Hinchliff, Mountague, & Watson, 1996; Monahan, Neighbors, Sands, Marek, & Green, 2007).

2.2.6. Intensitas Nyeri

Alat yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah dengan memakai skala intensitas nyeri. Ada beberapa cara untuk mengukur intensitas nyeri, yaitu :

1. Visual Analog Scale (VAS)

Skala ini berbentuk horizontal sepanjang 10 cm. Ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan ditulis dalam ukuran centimeter. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu angka, kecuali angka 0 dan angka 10.

Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

0 = Tidak ada nyeri

1 – 2 = Nyeri ringan

3 – 4 = Nyeri sedang

5 – 6 = Nyeri berat

7 – 8 = Nyeri sangat berat

9 – 10 = Nyeri sangat buruk tidak tertahankan



Gambar 2.2 *Visual Analog Scale* (Potter dkk, 2000)

2. Skala Intensitas Nyeri numeric/*Numerik Rating Scale (NRS)*

Skala ini berbentuk garis Horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10, yaitu angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini merupakan garis panjang berukuran 10cm, yaitu setiap panjangnya 1 cm diberi tanda. Skala ini dapat pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien yang baru mengalami operasi. Tingkat angka yang ditunjukkan oleh klien dapat digunakan untuk mengkaji efektivitas dari Intervensi pereda rasa nyeri.

Menurut Wong (1995), skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

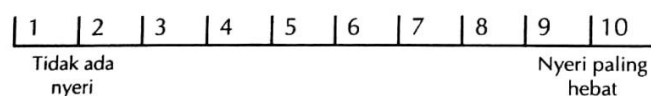
0 = Tidak ada nyeri

1 – 3 = Sedikit nyeri

3 – 7 = Nyeri sedang

7 – 9 = Nyeri berat

10 = Nyeri yang paling hebat



Gambar 2.3 *Numerik Rating Scale* (Potter dkk, 2000)

3. Skala *Faces pain rating scale*(FPRS)

FPRS Merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka dari 0 sampai dengan 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak.

Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut:

0 = Tidak menyakitkan

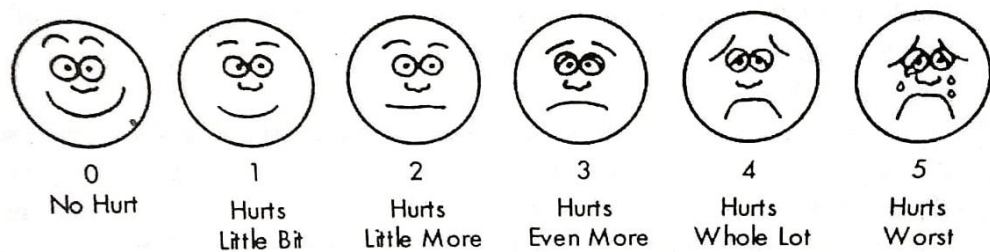
1 = Sedikit menyakitkan

2 = Lebih menyakitkan

3 = Lebih menyakitkan lagi

4 = Jauh lebih menyakitkan lagi

5 = Benar – benar menyakitkan



Gambar 2.4 *Faces pain rating scale* (Potter dkk, 2000)

2.2.7. Penatalaksanaan Nyeri

1. Penatalaksanaan Farmakologis

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Umumnya, secara medis cara menghilangkan rasa nyeri persalinan dengan tindakan seksio

serarea adalah dengan pemberian obat-obatan analgesia yang disuntikan melalui infus intravena, supositoria/anal, inhalasi saluran pernapasan atau dengan memblokade saraf yang menghantarkan rasa sakit, cemas, dan tegang. Selain analgesia, pemberian obat anastesi juga diberikan kepada klien. Analgesia adalah suatu proses pelayanan persepsi nyeri dengan menginterupsi impuls saraf yang menuju otak. Hilangnya sensasi ini bisa sebagian atau seluruhnya (Bobak, 2005).

2. Penatalaksanaan Nonfarmakologis

Pendekatan nonfarmakologis yang bisa dilakukan oleh perawat meliputi:

- a. pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi.
- b. Modulasi sensorik nyeri, seperti massage, terapatik, akupuntur, akupresur, *transcutaneous electrical nerve stimulations* (Tens), music, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi.

2.3. Nifas

2.3.1. Definisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) yang dialami oleh seorang wanita terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

1. *Puerperium* Dini

Puerperium dini merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan, dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. *Puerperium* Intermedial

Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genital yang lamanya 6 – 8 minggu.

3. Remote *puerperium*

Remote *puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna.

2.3.3. Perubahan Fisiologi Masa nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1. Involusi

a) Pengertian

Involusi uterus adalah kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama TFU diatas symphysis pubis atau sekitar 12 cm. Hal ini terus berlangsung dengan penurunan TFU 1 cm setiap harinya, sehingga pada hari ke 7 TFU berkisar 5 cm dan pada hari ke 10 TFU tidak teraba di symphysis pubis.

b) Proses Involusi Uterus adalah sebagai berikut :

1) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot urine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan.

2) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya esterogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi esterogen yang menyertai pelepasan plasenta

3) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan.

c) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uteru. Juga mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu

menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan Karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari

4 tahapan :

1) Lochea Rubra / Merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa – sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, languo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan / laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

4) Lochea Alba / Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bias berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

d) Servik

Servik mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna servik sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang – kadang terdapat laserasi / perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, servik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

e) Ovarium dan Tuba Falopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesterone menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbale balik dari siklus menstruasi.

f) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta penegangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 – 8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan

hilangnya rugac. Rugac akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal demikian karena inaktifitas motilitas usus karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy, pengeluaran cairan yang berlebihan waktu persalinan (dehidrasi).

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2- 3 hari post partum. Hal ini merupakan salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pasa saat kala II persalinan dan pengeluaran urin yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan karena adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum. Kadang – kadang oedema dari trigonium

menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine.

d. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

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

2) Hormon Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anoulasi yang dikarenakan rendahnya kadar esterogen dan progesteron.

3) Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus

kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

e. Perubahan – perubahan Tanda – tanda Vital

1) Suhu Badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5 C – 38 C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ke 3 suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau system lain.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.

3) Tekanan Darah

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

4) Pernafasan

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

f. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Cardiac output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 postpartum. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc, bila kelahiran melalui seksio sesarea kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi akan naik dan pada seksio sesarea

haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu.

g. Perubahan Sistem Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalian. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000 – 30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2 – 3 hari postpartum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih.

h. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ligament, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6 – 8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat – serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu.

2.3.4. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

a. Instinct Keibuan

Instinct adalah perasaan – perasaan dan dorongan – dorongan dari dalam untuk bertindak sebagai seorang ibu yang selalu memberi kasih sayang kepada anaknya. Adaptasi psikologis ibu masa nifas dibagi menjadi 3 antara lain :

1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya, oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati – hati.

3) Fase letting go

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

b. Rooming – In

Rooming – in adalah rencana perawatan ibu dan bayi merupakan perawatan bersama. Artinya ibu dirawat bersama – sama dengan bayinya di dalam satu kamar, agar anak tinggal di samping ibunya dan ibunya dapat melihat anaknya setiap saat. Rooming – in ini member keuntungan fisik maupun psikologis bagi ibu dan anaknya.

c. Post Partum Blues

Post partum blues merupakan periode emosional stress yang terjadi antara hari ke 3 dan ke 10 setelah persalinan. Beberapa faktor yang berperan dalam penyebab post partum blues diantaranya, perubahan level hormon yang terjadi secara tepat, ketidaknyamanan yang tidak diharapkan (payudara bengkak, nyeri persalinan. Post partum blues biasanya ditandai dengan sering menangis, mengalami perubahan perasaan, cemas, kesepian, khawatir mengenai sang bayi, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

1. Pengkajian

- a. Identitas : Nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal anamnesis (Chapman & Cathy Charles).
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit : Keluhan yang diungkapkan saat pertama kali klien sebelum masuk rumah sakit sampai dibawa ke rumah sakit. Biasanya keluhan kehamilan klien sudah berapa bulan dan terdapat cairan keluar atau tidak.
 - 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 disayat - sayat. 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, Skale, 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.

- 3) Riwayat kesehatan dahulu : Penyakit waktu kecil dan imunisasi, pernah masuk rumah sakit: tanggal dan penyebab masuk, alergi obat, kebiasaan merokok/alkohol, penyakit spesifik: penyakit jantung, TB asma, hepatitis, gastrointestinal, hipertensi dll (Chapman & Cathy Charles).
- 4) Riwayat kesehatan keluarga : Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati) , riwayat kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, ginjal, penyakit, jiwa, kelainan bawaan,

TB(Tuberkulosis), epilepsi, alergi (Chapman & Cathy Charles).

c. Riwayat ginekologi dan obstetrik

1) Riwayat ginekologi

- a) Riwayat menstruasi : Riwayat menstruasi yang lengkap diperlukan untuk menentukan taksiran persalinan. Taksiran persalinan ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT) (Mitayani, 2011)
- b) Riwayat perkawinan (suami istri) : Menikah atau tidak, berapa kali menikah, berapa lama menikah (Chapman & Cathy Charles)
- c) Riwayat keluarga berencana : KB terakhir yang digunakan, keluhan, rencana KB setelah melahirkan (Chapman & Cathy Charles).

2) Riwayat obstetric

- a) Riwayat kehamilan dahulu : Meliputi tanggal terminasi, tempatlahir, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetri, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala factor yang

memengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Charles Cathy, 2013).

- b) Riwayat kehamilan sekarang : Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya. (Maryunani, 2015)
- c) Riwayat persalinan dahulu : Meliputi umur kehamilan, tanggal partus, jenis partus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak. (Maryunani, 2015)
- 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. (Maryunani, 2015)

- e) Riwayat nifas dahulu : Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya.
(Maryunani, 2015)
 - 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 (selama hamil dan selama di rumah sakit)
- 1) Pola nutrisi : Makan: frekuensi, jumlah, jenis makanan yang disukai, porsi makan, pantangan, riwayat alergi, terhadap makanan dan minum: jumlah, jenis minuman dan frekuensi. Pada ibu post seksio sesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek dari anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat seksio sesarea.
 - 2) Pola eliminasi : Kebiasaan BAB : frekuensi, warna, konsistensi, dan keluhan BAB. Kebiasaan BAK : frekuensi, jumlah, warna dan keluhan. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dan ibu

yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi.

- 3) Pola istirahat dan tidur : Tidur malam : waktu dan lama, tidur siang : waktu dan lama serta keluhan. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan.
- 4) Personal hygiene : Frekuensi mandi, gosok gigi, dan mencuci rambut. Pada ibu post seksio sesarea biasanya mengalami perubahan karena keterbatasan aktivitas.
- 5) Aktivitas dan latihan : Kegiatan dalam pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari serta kegiatan waktu luang saat sebelum melahirkan dan saat di rawat di rumah sakit. Biasanya pada ibu post SC terjadi gangguan karena efek obat bius, penurunan kekuatan otot, penurunan progesteron dan estrogen serta kelelahan.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Tingkat kesadaran dan penampilan, berat badan, tinggi badan. Pada klien dengan post partum dengan SC biasanya kesadaran

composmentis, dan penampilan tampak baik dan terkadang sedikit pucat.

- 2) Tanda – tanda vital : Tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu, yaitu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65 – 80 kali/menit pada hari pertama dan normal kembali pada hari ketiga tekanan darah dan respirasi normal.
- 3) Antropometri : Meliputi tinggi badan, BB sebelum hamil, BB sesudah hamil, dan BB setelah melahirkan.
- 4) Pemeriksaan head to toe
 - a) Kepala : Perhatikan bentuk, distribusi rambut, bersih, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.
 - b) Wajah : Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum.
 - c) Mata : Adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning atau ikterus pada sclera.
 - d) Telinga : Ketajaman pendengaran secara umum, luka, dan pengeluaran dari saluran luar telinga (bentuk dan warna).

- e) Hidung : Adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran sekret, ada tidak nyeri tekan, warna mukosa, dan fungsi penciuman.
- f) Mulut : Bentuk hidung dan kebersihan hidung apakah terdapat lesi, masa, nyeri tekan dan sekret. cuping hidung, fungsi penciuman biasanya klien disuruh membedakan bau kayu putih.
- g) Leher : Bentuk kesimetrisan leher klien, periksa leher terhadap pembengkakan, lakukan palpasi pada vena jugularis dan kelenjar tiroid serta reflek menelan.
- h) Dada : Terdiri dari jantung, paru – paru dan payudara. Selama 24 jam pertama setelah melahirkan, terjadi sedikit perubahan di jaringan payudara. Kolostrum, cairan kuning jernih, keluar dari payudara. Payudara akan terasa hangat, keras dan agak nyeri. Beberapa ibu akan mengalami pembengkakan, kondisi ini bersifat sementara, biasanya 24 sampai 48 jam setelah melahirkan (Lowdermilk, 2013).

- i) Abdomen : Periksa tinggi fundus dan bentuk abdomen simetris atau tidak, apakah ada nyeri abdomen, adanya luka bekas operasi, keadaan luka, striae, linea, nyeri tekan.
 - j) Punggung dan bokong : Bentuk, apakah ada tidaknya lesi, apakah ada tidaknya kelainan tulang belakang.
 - k) Genetalia : Keadaan vulva, oedem, kebersihan vagina, jenis lochea serta jumlahnya.
 - l) Anus : Apakah terdapat benjolan ,lesi , apakah terdapat hemoroid atau tidak.
 - m) 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. Data psikologis : Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan seksio sesarea yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu,

depresi, atau kemungkinan mengalami baby blues (Maryunani, 2015).

- g. Pemeriksaan penunjang : Pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG, JDL dengan diferensial, pemeriksaan hemoglobin, hematokrit, elektrolit, golongan darah, urinalisis, ultrasonografi (Nuararif, 2015)
- h. Analisa data : Setelah melakukan pengkajian keperawatan, perawat melanjutkan dengan menganalisa data sehingga dapat ditentukan masalah keperawatannya. Disamping mengkaji juga harus memperhatikan kekuatan atau kemampuan ibu post partum seksio sesarea untuk melakukan perawatan mandiri secara bertahap dan mengatasi dan mengatasi rasa ketidaknyamanan (Maryunani, 2015).

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 2018 bahwa diagnosa yang dapat muncul pada ibu post partum dengan seksio sesarea adalah :

1. Ketidakefektifan jalan nafas.
2. Nyeri akut.
3. Ketidakseimbangan nutrisi.
4. Ketidakefektifan pemberian ASI.

5. Gangguan eliminasi urine.
6. Gangguan pola tidur.
7. Resiko infeksi.
8. Defisit perawatan diri.
9. Konstipasi.
10. Resiko syok.
11. Resiko Perdarahan
12. Defisiensi pengetahuan.

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Setelah merumuskan diagnose keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan perlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan penderita. Adapun menurut Nanda NicNoc dan Doenges (2018) perencanaan keperawatan pada pasien post seksio sesarea adalah :

Tabel 2.1 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Tindakan / Intervensi	Rasional
1. Ketidakefektifan bersih jalan nafas. Batasan karakteristik. - Tidak ada batuk. - Suara napas tambahan.. - Perubahan pola napas - Perubahan frekuensi napas. - Sianosis. - Kesulitan verbalisasi. - Penurunan bunyi napas.	a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara yang bersih tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips). b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama	Mandiri a. Tinggikan kepala 30 – 45 derajat. b. Observasi frekwensi/irama pernapasan. Perhatikan penggunaan otot aksesori, pernapasan cuping hidung, pernapasan mengorok/stridor , serak.	Mandiri a. Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernapasan dan ekspansi paru b. Perubahan pada pernapasan, penggunaan otot aksesori pernapasan, dan/atau adanya ronki/mengi diduga ada retensi secret. Obstruksi jalan napas (meskipun sebagian) dapat menimbulkan tidak efektifnya pola

<ul style="list-style-type: none"> - Dispnea. - Sputum dalam jumlah yang berlebihan. - Batuk yang tidak efektif. - Ortopnea. - Gelisah. - Mata terbuka lebar. 	<p>nafas, rekuensi pernafasan dalam rentan normal, tidak ada suara nafas abnormal).</p>		<p>pernapasan dan gangguan pertukaran gas menyebabkan komplikasi, contoh pneumonia, henti napas.</p>
<p>Faktor yang berhubungan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mukus berlebihan. - Terpajan asap. - Benda asing dalam jalan napas. - Sekresi yang tertahankan. - Perokok pasif. - Perokok. 	<p>c. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas</p>	<p>c. Dorong menelan, bila pasien mampu.</p>	<p>c. Mencegah secret oral menurunkan risiko aspirasi.</p>
		<p>d. Dorong batuk efektif dan napas dalam.</p>	<p>d. Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.</p>
		<p>e. Perhatikan keluhan pasien akan peningkatan disfagia, batuk nada tinggi, mengi.</p>	<p>e. Dapat mengindikasikan pembengkakan jaringan lunak pada faring posterior.</p>
		<p>f. Awasi tanda vital dan perubahan mental.</p>	<p>f. Takikardia/peningkatan gelisah dapat mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan.</p>
		<p>g. Auskultasi bunyi napas.</p>	<p>g. Adanya mengi/ronki menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan kebutuhan intervensi lebih agresif.</p>
		<p>h. Kaji warna dasar kuku, jari/ibu jari kaki.</p>	<p>h. Membantu dalam menentukan keadekuatan oksigenisasi.</p>
		<p>i. Perubahan posisi secara periodik dan dorong pernapasan dalam.</p>	<p>i. Meningkatkan ventilasi pada semua segmen paru dan mobilitas secret, menurunkan risiko atelectasis dan pneumonia</p>
		<p>j. Dorong pemasukan cairan sedikitnya 2 – 3 L/hari bila</p>	<p>j. Pengenceran secret mulut/pernapasan untuk meningkatkan pengeluaran. Minuman</p>

		mungkin, hindari minum karbonat.	karbonat “busa” pada area orofaring dan mungkin sulit untuk pasien menahannya, sehingga mempengaruhi jalan napas.
		k. Rawat dengan ketat bila pasien muntah atau mengambil minum/makanan.	k. Memberikan keyakinan akan kemungkinan intervensi cepat bila masalah meningkat.
		Kolaborasi	Kolaborasi
		a. Berikan pelembaban udara atau O ₂ dengan kantung wajah.	a. Menurunkan risiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.
		b. Berikan antiemetic, contoh hidroksizin (Vistaril) sesuai indikasi.	b. Digunakan untuk mencegah muntah/regurgitasi dan aspirasi.
2. Nyeri Akut		Mandiri	Mandiri
Batasan karakteristik	a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).	a. Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, dan intensitas (0 hingga 10 atau skala kode serupa).	a. Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.
- Perubahan selera makan.			
- Perubahan pada parameter fisiologis.			
- Diaforesis.			
- Perilaku distraksi.		b. Pantau tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah, dan pola pernafasan. Perhatikan tanda nonverbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang, dan gelisah.	b. Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan atau ketidakmauan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.
- Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan nya.	b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.		
- Perilaku ekspresif.	c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).		
- Ekspresi wajah nyeri.	d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.	c. Auskultasi bising usus, perhatian keluaranya flatus.	c. Mengidentifikasi pemulihan bising usus.
- Sikap tubuh melindungi.			
- Putus asa.			
- Fokus menyempit.			

<ul style="list-style-type: none"> - Sikap melindungi area nyeri. - Perilaku protektif. - Laporan tentang perilaku. nyeri/perubahan aktivitas. - Dilatasi pupil. - Fokus pada diri sendiri. - Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri. - Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri. 	<p>d. Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress; suara berisik, pencahayaan, dan gangguan yang konstan.</p>	<p>d. Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan coping.</p>
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agens cedera fisik. - Agens cedera kimiawi. - Agens cedera fisik. 	<p>e. Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran.</p>	<p>e. Menurunkan ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.</p>
	<p>f. Diskusikan dengan/orang terdekat klien tentang tindakan penanganan nyeri yang efektif di masa lalu.</p>	<p>f. Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan individual.</p>
	<p>g. Berikan tindakan kenyamanan, seperti menggosok punggung, pengaturan posisi, dan ambulasi.</p>	<p>g. Aktivitas, gerakan, dan tindakan kenyamanan dapat meredakan ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan meningkatkan kemampuan coping.</p>
	<p>h. Tinjau kembali dan dukung intevensi mandiri klien untuk mencapai kenyamanan. Posisi dan aktivitas atau non-aktivitas fisik.</p>	<p>h. Keberhasilan manajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien. Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.</p>
	<p>i. Evaluasi dan dukung</p>	<p>i. Menggunakan persepsi dan perilaku yang</p>

		mekanisme koping klien.	dimiliki untuk mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan koping secara lebih efektif.
		j. Anjurkan penggunaan teknik relaksasi, seperti latihan napas dalam, imajinasi terbimbing, visualisasi, dan aktivitas diversional.	j. Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan koping, mengurangi nyeri, dan ketidaknyamanan.
		k. Bantu dengan atau berikan aktivitas pengalih dan teknik relaksasi.	k. Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian.
		Kolaborasi	Kolaborasi
		a. Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik, dan analgesia dikendalikan pasien (<i>patient-controlled anesthesia</i>).	a. Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat.
		b. Beri dan pantau transfusi sel darah merah.	b. Meskipun transfusi tidak menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna mempertahankan populasi sel darah merah normal.
3. Ketidakseimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh		Mandiri	Mandiri
Batasan karakteristik	a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	a. Kaji ulang riwayat nutrisi, termasuk pilihan makanan.	a. Mengidentifikasi defisiensi dan menyarankan intervensi yang dapat dilakukan.
- Kram abdomen	b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi	b. Observasi dan catat asupan	b. Pantau asupan kalori atau insufisiensi
- Nyeri abdomen			

<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan sensari rasa - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Kerapuhan perifer - Diare - Kehilangan rambut berlebihan - Enggan makan - Asupan makanan kurang dari <i>recommended daily allowance (RDA)</i> - Bisung usus hiperaktif - Kurang informasi - Kurang minat dalam makanan - Tonus otot menurun - Kesalahan informasi - Kesalahan persepsi - Membran mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat 	<p>badan</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi d. Tidak ada tanda mal nutrisi e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. 	<p>makanan klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Timbang berat badan secara periodik secara tepat, seperti setiap minggu. d. Rekomendasikan makanan porsi kecil dan sering serta makanan ringan diantara waktu makan. e. Motivasi atau bantu higiene oral yang baik sebelum dan setelah makan; gunakan sikat gigi berbulu halus untuk menggosok gigi secara lembut. 	<p>kualitas makanan yang dikonsumsi.</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi. d. Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung. e. Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi.
<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan diet kurang 		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Konsultasikan dengan ahli gizi. 	<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bertujuan untuk menentukan rencana diet guna memenuhi kebutuhan individual.

4. Ketidakefektifan pemberian ASI Batasan Karakteristik	Mandiri	Mandiri
<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakadekuatan defekasi bayi - Bayi mendekat ke arah payudara - Bayi menangis pada payudara - Bayi menangis dalam jam pertama menyusui - Bayi rewel dalam satu jam setelah menyusui - Bayi tidak mampu <i>latch-on</i> pada payudara secara tepat - Bayi menolak <i>latching-on</i> - Bayi tidak responsif terhadap tindakan kenyamanan lain - Ketidakcukupan pengosongan payudara setelah menyusui - Kurang penambahan berat badan bayi - Tidak tampak pada pelepasan oksitosin - Tampak ketidakadekuatan asupan susu - Luka puting yang menetap setelah minggu pertama menyusui - Penurunan berat badan bayi terus-menerus - Tidak mengisap payudara terus-menerus 	<p>a. Evaluasi pola menghisap atau menelan bayi</p> <p>b. Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui</p> <p>c. Evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi (misalnya <i>reflex rooting</i>)</p> <p>d. Kaji kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> dan menghisap secara efektif</p>	<p>a. Mengetahui kemampuan bayi dalam menyusui</p> <p>b. Mengetahui seberapa besar ibu ingin menyusui bayinya</p> <p>c. Isyarat menyusui dari bayi dapat memberitahukan kapan ASI akan diberikan</p> <p>d. Kemampuan bayi untuk <i>latch on</i> bergantung pada ukuran mulut bayi dan ukuran puting serta areola ibu. Mulut bayi harus menutupi seluruh puting dan kira – kira 2 hingga 3 cm area disekitar puting. Hidung, pipi, dan dagu bayi akan menyentuh payudara ketika bayi melakukan <i>latch on</i> dengan benar</p>
<p style="text-align: center;">Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keterlambatan laktogen II - Suplai ASI tidak cukup - Keluarga tidak mendukung - Tidak cukup waktu untuk menyusui ASI - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui - Kurang pengetahuan orang tua tentang teknik menyusui - Kurang pengetahuan orang tua tentang pentingnya pemberian ASI. - Diskontinuitas pemberian ASI - Ambivalensi ibu - Ansietas ibu - Anomali payudara ibu - Keletihan ibu - Obesitas ibu - Nyeri ibu - Penggunaan dot - Refleks isap bayi buruk - Penambahan makanan dengan puting artifisial 	<p>e. Pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting</p> <p>f. Pantau integritas kulit puting ibu</p> <p>g. Evaluasi tentang sumbatan kelenjar susu dan mastitis</p>	<p>e. Jika bayi melekat dengan benar memungkinkan bayi menghisap secara efisien</p> <p>f. Identifikasi dan intervensi dini dapat mencegah membatasi terjadinya luka atau pecah puting, yang dapat merusak proses menyusui</p> <p>g. Mendeteksi secara dini adanya perubahan yang abnormal pada payudara</p>
<p>a. Kemantapan pemberian ASI : bayi: perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama</p>	<p>h. Pantau kemampuan untuk</p>	<p>h. Kemampuan mengurangi kongesti payudara dapat</p>

<p>3 minggu pertama pemberian ASI.</p> <p>b. 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.</p> <p>c. Pemeliharaan pemberian ASI: Keberlangsungan pemberian ASI untuk menyediakan nutrisi bagi bayi/todler.</p> <p>d. Penyapihan pemberian ASI</p> <p>e. Diskontinuitas progresif pemberian ASI</p> <p>f. Pengetahuan pemberian ASI tingkat pemahaman yang ditunjukkan mengenai laktasi dan pemberian makanan bayi melalui proses pemberian ASI, 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.</p>	<p>mengurangi kongesti payudara dengan benar</p> <p>i. Pantau berat badan dan pola eliminasi bayi.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Sediakan informasi tentang laktasi dan teknik memompa ASI (secara manual atau dengan pompa elektrik), cara mengumpulkan dan menyimpan ASI.</p> <p>b. Sediakan informasi tentang keuntungan dan kerugian pemberian ASI</p> <p>c. Demonstrasikan latihan menghisap bila perlu</p> <p>d. Diskusikan metode alternatif pemberian makan bayi</p>	<p>mengurangi nyeri pada ibu</p> <p>i. Mengetahui kecukupi ASI pada bayi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Membantu menjamin suplai suplay susu adekuat</p> <p>b. Menambah pengetahuan klien tentang manfaat pemberian ASI untuk bayi</p> <p>c. Latihan meghisap memberikan keberhasilan proses menyusui</p> <p>d. Memenuhi nutrisi pada bayi agar tercukupi</p>	
<p>5. Gangguan eliminasi urine</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disuria - Sering berkemih - <i>Anyang-anyangan</i> - Nokturia - Inkontinensia urine - Retensi urine - Dorongan berkemih 	<p>a. Kandung kemih kosong secara penuh</p> <p>b. Tidak ada residu urine & gt; 100-200cc</p> <p>c. Intake cairan dalam rentan normal</p> <p>d. Bebas dari ISK</p> <p>e. Tidak ada spasme bleder</p> <p>f. Balance cairan seimbang</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Evaluasi dan pertahankan kateter urine serta drain pada periode pascaoperasi segera.</p> <p>b. Atur posisi slang dan kanton drainage sehingga memungkinkan aliran urine</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Kebanyakan klien terpasang kateter Foley, kemungkinan kateter suprepubis, dan drain pelvis selama fase perioperasi terutama ketika <i>neobladder</i> telah dikonstruksi.</p> <p>b. Aliran yang tersumbat memberikan tekanan dalam saluran kemih, yang meimbulkan risiko kebocoran anastomosis dan</p>

<p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyebab multipel 		<p>tanpa gangguan.</p>	<p>kerusakan pada parenkim ginjal.</p>
		<p>c. Anjurkan peningkatan cairan dan pertahankan asupan yang adekuat.</p> <p>d. Pantau tanda vital. Kaji nadi perifer, turgor kulit, pengisian kapiler, dan mukosa oral. Timbang berat badan setiap hari.</p>	<p>c. Mempertahankan hidrasi dan aliran urine yang baik.</p> <p>d. Indikator keseimbangan cairan. Mrngambarkan tingkat hidrasi dan keefektifan terapi penggantian cairan.</p>
		<p>Kolaborasi</p> <p>a. Berikan cairan, sesuai indikasi.</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>a. Membantu dalam mempertahankan hidrasi dan volume sirkulasi serta aliran urine yang adekuat.</p>
<p>6. Gangguan pola tidur</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan berfungsi sehari-hari. - Kesulitan memulai tidur. - Kesulitan mempertahankan tetap tidur. - Ketidakpuasan tidur. - Tidak terasa cukup istirahat. - Terjaga tanpa jelas penyebabnya. 	<p>a. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam perhari</p> <p>b. Pola tidur, kualitas dalam batas normal</p> <p>c. Perasaan segar sesudah tidur/istirahat</p> <p>d. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Tentukan kebiasaan tidur biasanya dan perubahan yang terjadi.</p> <p>b. Berikan tempat tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.</p> <p>c. Buat rutinitas tidur baru yang dimasukkan dalam pola lama dan lingkungan baru.</p> <p>d. Cocokkan dengan teman sekamar yang mempunyai pola tidur serupa dan kebutuhan malam hari.</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Mengkaji perlunya dan mengidentifikasi intervensi yang tepat.</p> <p>b. Meningkatkan kenyamanan tidur serta dukungan fisiologis/psikologis.</p> <p>c. Bila rutinitas baru mengandung aspek sebanyak kebiasaan lama, stress, dan ansietas yang berhubungan dapat berkurang.</p> <p>d. Menurunkan kemungkinan bahwa teman sekamar yang “burung hantu” dapat menunda terlelap atau menyebabkan terbangun.</p>

e. Dorong beberapa aktivitas ringan selama siang hari. Jamin pasien berhenti beraktivitas beberapa jam sebelum tidur.	e. Aktivitas siang hari dapat membantu pasien menggunakan energi dan siap untuk tidur malam hari.
f. Tingkatkan regimen kenyamanan waktu tidur mis., mandi hangat dan masase, segelas susu hangat, anggur atau brandi pada waktu tidur.	f. Meningkatkan efek relaksasi yang membantu pasien tertidur dan tidur lebih lama.
g. Instruksikan tindakan relaksasi.	g. Membantu menginduksi tidur
h. Kurangi kebisingan dan lampu.	h. Memberikan situasi kondusif untuk tidur
i. Dorong posisi nyaman, bantu dalam mengubah posisi.	i. Pengubahan posisi mengubah area tekanan dan meningkatkan istirahat.
j. Gunakan pagar tidur sesuai indikasi; rendahkan tempat tidur bila mungkin.	j. Dapat merasa takut jatuh karena perubahan ukuran dari tinggi tempat tidur.
k. Hindari mengganggu bila mungkin (mis., membangunkan untuk obat atau terapi)	k. Tidur tanpa gangguan lebih menimbulkan rasa segar, dan pasien mungkin tidak mampu kembali tidur bila terbangun.
Kolaborasi	Kolaborasi
a. Berikan sedatif, hipnotik, sesuai indikasi	a. Mungkin diberikan untuk membantu pasien tidur/istirahat selama periode transisi dari rumah ke lingkungan

		baru.	
7. Resiko infeksi area pembedahan Faktor resiko - Alkoholisme - Obesitas - Merokok	a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi b. Mendeskripsi proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi d. Jumlah leukosit dalam batas normal e. Menunjukkan perilaku hidup sehat	Mandiri a. Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien. b. Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka. c. Berikan perawatan kulit, oral, dan peranal secara cermat. d. Tekankan perlunya memantau dan membatasi pengunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif, jika tepat. e. Pantau suhu, perhatikan adanya menggigil dan takikardia engan atau tanpa demam. f. Observasi eritema dan drainage luka.	Mandiri a. Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri. b. Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri. c. Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan. d. Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan. e. Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi. f. Indikator infeksi luka
		Kolaborasi a. Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas, sesuai indikasi.	Kolaborasi a. Memverifikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik, dan memengaruhi pilihan terapi.

		b. Berikan antiseptik topikal dan antibiotik sistemik.	b. Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksius.
8. Defisit perawatan diri : mandi, makan, eliminasi Faktor yang berhubungan <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas - Penurunan motivasi - Kendala lingkungan - Nyeri - Kelemahan 	a. Perawatan diri ostomi: tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi b. Perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu c. Perawatan diri mandi: mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu d. Perawatan diri hygiene: mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu e. Perawatan diri hygiene oral: mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk kamar mandi	Mandiri a. Kaji kemampuan dan tingkat defisit (skala 0 -4) untuk melaksanakan AKS. b. Hindari untuk membantu klien melakukan hal-hal yang dapat klien lakukan sendiri, berikan bantuan sesuai kebutuhan. c. Waspadai perilaku atau tindakan impulsif yang menunjukkan gangguan penilaian. d. Pertahankan sikap suportif untuk upaya dan pencapaian. e. Buat rencana untuk defisit visual yang ada. f. Atur tempat tidur sehingga tubuh klien yang	Mandiri a. Membantu mengantisipasi dan merencanakan untuk memenuhi kebutuhan individual. b. Klien ini mungkin merasa ketakutan dan bergantung, serta meskipun bantuan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, klien harus melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri guna mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan. c. Dapat mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi dan supervise tambahan untuk meningkatkan keamanan klien. d. Klien membutuhkan empati dan perlu mengetahui bahwa pemberi asuhan akan konsisten untuk terus memberikan bantuan. e. Meningkatkan sensasi harga diri, meningkatkan kemandirian, dan motivasi klien untuk melanjutkan kerja kerasnya. f. Klien akan mampu melihat untuk memakan makanan.

<p>dan menyediakan perlengkapan mandi</p> <p>g. Membersihkan dan</p> <p>h. mengeringkan tubuh</p> <p>i. Mengungkapkan secara verbal</p> <p>j. kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral</p>	<p>tidak mengalami gangguan menghadap ke ruangan dengan sisi tubuh yang mengalami gangguan menghadap ke dinding.</p> <p>g. Posisikan furnitur menempel pada dinding, diluar alur lalu-lalang.</p>	<p>g. Akan mampu melihat ketika klien mampu bergerak mengelilingi ruangan, mengurangi risiko tersandung dan terjatuh akibat menabrak furnitur.</p>
	<p>h. Berikan alat swabantu, seperti kancing atau kaitan ristleting (<i>zipper</i>), kombinasi pisau-garpu, sikat bergagang Panjang, alat penyambung untuk mengambil barang-barang dari lantai, peninggi toilet, tas tungkai untuk kateter, dan kursi untuk mandi.</p>	<p>h. Memampukan klien untuk mengatur diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri; mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri; dan kemampuan klien untuk menjadi lebih aktif secara sosial.</p>
	<p>i. Anjurkan orang terdekat untuk membiarkan klien melakukan tindakan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.</p>	<p>i. Menetapkan kembali sensasi kemandirian dan mengembangkan harga diri serta meningkatkan proses rehabilitasi.</p>
	<p>j. Kaji kemampuan klien untuk mengomunikasikan kebutuhan untuk berkemih dan kemampuan</p>	<p>j. Klien mungkin memiliki kandung kemih neurogenik, tidak perhatian, atau tidak mampu mengomunikasikan kebutuhan dalam fase</p>

<p>menggunakan pispot berkemih atau pispot defekasi. Bawa klien ke kamar mandi sering dan jadwalkan interval untuk berkemih jika tepat.</p>	<p>pemulihan akut, tetapi biasanya mampu mengendalikan fungsi ini ketika pemulihan berlangsung.</p>
<p>k. Identifikasi kebiasaan usus sebelumnya dan tetapkan kembali regimen yang normal. Tingkatkan serat dalam diet. Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan dan aktivitas.</p>	<p>k. Membantu pembentukan program pelatihan kembali (kemandirian) dan membantu mencegah konstipasi serta impaksi (efek jangka panjang).</p>
<p>Kolaborasi a. Pemberian supositoria dan pelunak feses.</p>	<p>Kolaborasi a. Mungkin diperlukan untuk membantu membentuk fungsi usus yang regular.</p>
<p>b. Konsultasi dengan tim rehabilitasi, seperti ahli terapi fisik atau okupasional.</p>	<p>b. Memberikan bantuan dalam mengembangkan program terapi komprehensif dan mengidentifikasi kebutuhan perlengkapan khusus yang dapat meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan diri.</p>

9. Konstipasi Batasan karakteristik		Mandiri	Mandiri
<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot - Anoreksia - Penampilan tidak khas pada lansia - Borborigmi - Darah merah pada feses - Perubahan pada pola defekasi - Penurunan frekuensi defekasi - Penurunan volume feses - Distensi abdomen - Keletihan - Feses keras dan berbentuk - Sakit kepala - Bising usus hiperaktif - Bising usus hipoaktif - Tidak ada defekasi - Peningkatan tekanan intraabdomen - Tidak dapat makanan - Feses cair - Nyeri pada saat defekasi - Massa abdomen yang dapat diraba - Perkusi abdomen pekak - Rasa penuh rektal - Rasa tekanan rektal - Sering flatus - Adanya feses lunak, seperti pasta didalam 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari. b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi d. Feses lunak dan berbentuk. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Observasi warna feses, konsistensi, frekuensi, dan jumlah b. Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltic usus c. Tinjau pola diet dan jumlah serta tipe asupan cairan d. Tekankan pentingnya mengunyah makanan dengan baik, asupan cairan yang adekuat dengan makanan dan setelah makan hanya konsumsi makanan tinggi serat dalam jumlah sedang dan menghindari selulosa e. Tinjau makanan yang memang atau mungkin merupakan sumber flatus, seperti makanan berkarbonat, bit, kacang – kacang, kubis, bawang merah, ikan, dan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Membantu mengidentifikasi penyebab/factor pemberat dan intervensi yang tepat b. Distensi dan hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defekasi hilang yang kemungkinan berhubungan dengan hilangnya persyarafan parasimpatik usus besar dengan tiba – tiba c. Asupan serat dan <i>roughage</i> yang adekuat membentuk limbak (bulk), dan cairan merupakan faktor penting dalam menentukan konsistensi feses d. Mengurangi resiko obstruksi usus pada klien e. Makanan – makanan tersebut dapat dibatasi atau dihilangkan atau mungkin penting untuk mengosongkan kantong lebih sering jika makanan tersebut ditelan

<p>rectum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengejan pada saat defekasi - Muntah <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan otot abdomen - Rata-rata aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan menurut gender dan usia - Konfusi - Penurunan motilitas traktus gastrointestinal - Dehidrasi - Depresi - Perubahan kebiasaan makan - Gangguan emosi - Kebiasaan menekan dorongan defekasi - Kebiasaan makan buruk - Higiene oral tidak adekuat - Kebiasaan <i>toileting</i> tidak adekuat - Adupan serat kurang - Asupan cairan kurang - Kebiasaan defekasi tidak teratur - Penyalahgunaan laksatif - Obesitas - Perubahan lingkungan baru 		<p>berbumbu banyak, atau bau seperti bawang merah, kubis, telur, ikan dan kacang – kacangan.</p> <p>f. Anjurkan untuk melakukan pergerakan/ambulasi sesuai kemampuan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien</p> <p>b. Berikan selang rektal supositoria dan enema jika diperlukan</p> <p>c. Berikan obat laktasif pelembek atau sesuai kebutuhan</p>	<p>f. Menstimulasi peristaltik yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Makanan padat akan dimulai pemberiannya sampai peristaltik kembali timbul/sampai ada flatus dan adanya kemungkinan bahaya ileus paralitik dapat dipastikan tidak ada</p> <p>b. Mungkin perlu menghilangkan distensi abdomen meningkatkan kebiasaan defekasi yang normal</p> <p>c. Melembekkan feses meningkatkan fungsi defekasi sesuai kebiasaan menurunkan ketegangan</p>
<p>10. Resiko syok</p> <p>Faktor resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akan dikembangkan 	<p>a. Nadi dalam batas yang diharapkan</p> <p>b. Irama jantung dalam batas yang diharapkan</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Investigasi perubahan pada tingkat kesadaran dan</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Perubahan dapat mencerminkan perfusi serebral tidak adekuat penurunan darah arteri.</p>

c. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan	laporan tentang lambung atau sakit kepala.	
d. Irama napas dalam batas yang diharapkan	b. Investigasi laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri.	b. Dapat mencerminkan iskemia jantung akibat penurunan perfusi.
e. Natrium serum, kalium klorida, kalsium, magnesium, PH darah dalam batas normal.		
Hidrasi		
a. Indicator : - Mata cekung tidak ditemukan - Demam tidak ditemukan - TD dalam batas normal - Hematokrit DBN	c. Auskultasi denyut apikal. Pantau laju dan ritme jantung, jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan.	c. Distritmia dan perubahan iskemik dapat terjadi akibat hipotensia, hipoksia, asidosis, ketidakseimbangan elektrolit, atau pendinginan dekat jantung jika lavase salin dingin digunakan untuk mengontrol perdarahan.
	d. Kaji kulit untuk dingin; pucat; diaphoresis; pengisapan kapiler terlambat; serta denyut perifer yang lemah dan rapuh.	d. Vasokonstriksi adalah respons simpatik untuk menurunkan volum sirkulasi dan dapat terjadi sebagai efek samping pemberian vasopressin.
	e. Catat haluaran urine dan berat jenis. Pasang kateter Foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi.	e. Penurunan perfusi sistemik dapat menyebabkan iskemik dan gagal ginjal, ditandai dengan penurunan haluaran urine.
	f. Observasi kulit untuk pucat dan kemerahan. Masase secara perlahan menggunakan losion. Ubah posisi secara sering.	f. Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari.

		<p>Kolaborasi</p> <p>a. Pantau AGD dan oksimetri nadi.</p> <p>b. Sediakan oksigen supplemental, jika diindikasikan.</p> <p>c. Berikan cairan IV, sesuai indikasi.</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>a. Sirkulasi perifer yang terkompromi meningkatkan risiko robekan kulit sebagaimana ditunjukkan oleh kemerahan pada penonjolan tulang tidak memucat ketika ditekan dengan jari.</p> <p>b. Mengidentifikasi hipoksemia dan efektivitas serta kebutuhan terapi.</p> <p>c. Menangani hipoksemia dan asidosis laktat selama perdarahan akut.</p>
<p>11. Resiko perdarahan</p> <p>Faktor resiko</p> <p>- Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan</p>	<p>a. Tidak ada hematuria dan hematemesis</p> <p>b. Kehilangan darah yang terlihat</p> <p>c. Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastole</p> <p>d. Tidak ada perdarahan pervagina</p> <p>e. Tidak ada distensi abdominal</p> <p>f. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Pantau asupan dan haluaran (I&O).</p> <p>b. Pantau tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernafasan, penurunan tekanan darah, diaphoresis, pucat, pengisian kapiler lambat, dan membrane mukosa kering.</p> <p>c. Kaji kegelisahan, konfusi, dan perubahan perilaku.</p> <p>d. Inspeksi balutan dan drain luka.</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian.</p> <p>b. Hipovolemia memerlukan intervensi yang cepat untuk mencegah syok yang akan datang.</p> <p>c. Dapat menggambarkan penurunan perfusi serebral (hipovolemia) atau mengidentifikasi edema serebral akibat larutan yang diabsorpsi berlebihan.</p> <p>d. Tanda perdarahan persisten dapat tampak</p>

Timbang balutan, jika diperlukan. Periksa adanya pembentukan hematoma.

jelas atau tersembunyi dalam jaringan perineum.

e. Pertahankan catatan akurat subtotal larutan dan produk darah selama terapi penggantian.

e. Potensi adanya transfuse cairan yang berkelebihan, khususnya ketika ekspander volume diberikan sebelum transfusi.

f. Pertahankan tirah baring; cegah muntah dan mencejan ketika defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang bebas gangguan. Hilangkan stimulasi yang mengganggu.

f. Aktivitas dan muntah meningkatkan tekanan intraabdomen dan dapat memicu perdarahan lebih lanjut.

Kolaborasi

a. Pantau pemeriksaan laboratorium, sesuai indikasi, seperti: Hemoglobin/hematokrit (Hb/Ht) dan sel darah merah. Periksa koagulasi dan hitung trombosit.

Kolaborasi

a. Bermanfaat dalam mengevaluasi kehilangan darah dan kebutuhan penggantian darah.

b. Berikan terapi intravena (IV) atau produk darah, jika diindikasikan

b. Dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi yang dapat meningkatkan perdarahan atau pembekuan.

<p>12. Defisiensi pengetahuan Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakkuratan mengikuti perintah - Ketidakkuratan melakukan tes - Perilaku tidak sehat - Kurang pengetahuan <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurang informasi - Kurang minta untuk belajar - Kurang sumber pengetahuan - Keterangan yang salah dari orang lain 	<p>a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi prognosis, program pengobatan.</p> <p>b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.</p> <p>c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Tinjau kembali prosedur dan harapan di masa yang akan datang</p> <p>b. Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien</p> <p>c. Pelajari kembali anatomi, fisiologi, dan dampak intervensi bedah. Diskusikan harapan dimana yang akan datang</p> <p>d. Tinjau proses penyakit, prognosis, dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui</p> <p>e. Sertakan sumber tertulis dan gambar</p> <p>f. Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan pasca bedah, sesuai kebutuhan</p> <p>g. Tekankan pentingnya nutrisi yang baik; dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet</p>	<p>Mandiri</p> <p>a. Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi</p> <p>b. Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah</p> <p>c. Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu</p> <p>d. Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi</p> <p>e. Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>f. Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi resiko perawatan pasca bedah yang tidak tepat</p> <p>g. Meningkatkan penyembuhan dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan pasca operasi</p>
---	---	---	---

h. Dorong nutrisi optimal	h. Meningkatkan penyembuhan luka dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan
i. Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan	i. Perubahan berat badan dapat mempengaruhi kadar gizi pada klien
j. Diskusikan program obat individual, jika tepat	j. Penggunaan medikasi nyeri dan obat antiplatelet secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi
k. Diskusikan dimulainya kembali tingkat aktivitas sebelum pembedahan dan kemungkinan gangguan tidur, anoreksia, dan kehilangan minat dalam melakukan aktivitas yang biasa	k. Klien harus mampu mengelola aktivitas yang sama seperti yang sebelumnya disukai dan pada beberapa kasus meningkatkan tingkat aktivitas, kecuali untuk olahraga kontak

2.4.4. Implementasi Keperawatan

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

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan hasil akhir yang diharapkan pada ibu post partum dengan tindakan 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 (Maryunani, 2015).