

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori *Sectio Caesarea***

##### 1. Pengertian

*Sectio caesarea* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding depan perut ibu. *Sectio caesarea* dilakukan sebagai tindakan penyelamat terhadap kasus persalinan normal yang berbahaya. Oleh karena itu tindakan ini dilakukan saat proses alamiah melalui vagina tidak memungkinkan karena risiko medis tertentu. Bedah *caesarea* berulang dilakukan ketika pasien sebelumnya telah pernah mengalami bedah *caesarea*, umumnya sayatan dilakukan pada bekas luka sebelumnya. Dokter spesialis anastesi umumnya akan menurunkan kain penghalang ketika si bayi dilahirkan agar orang tua dapat melihat bayinya. Rumah sakit di Indonesia pada umumnya tidak memperbolehkan adanya orang lain turut serta waktu persalinan termasuk sang suami (Nurarif & Hardhi, 2013).

Kehamilan dan persalinan memerlukan proses yang fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai dengan proses persalinan. Salah satu persalinan yang sering terjadi adalah persalinan dengan *sectio caesarea*. *Sectio caesaria* adalah tindakan pembedahan dengan menginsisi dinding perut dan uterus yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Persalinan ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin atau jika telah terjadi distress pada janin (Prawiharjo, 2016).

Kehamilan dan persalinan memerlukan proses yang fisiologis, namun keadaan patologis atau komplikasi dapat saja muncul pada saat kehamilan sampai dengan proses persalinan. Salah satu persalinan yang sering terjadi adalah persalinan dengan *sectio caesarea*. *Sectio caesaria* adalah tindakan pembedahan dengan menginsisi dinding perut dan uterus yang bertujuan

untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Persalinan ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distress pada janin atau jika telah terjadi distress pada janin (Prawiharjo, 2016).

Pembedahan pada *Sectio caesarea* merupakan suatu tindakan yang dapat menimbulkan nyeri akibat terlepasnya senyawa mediator nyeri seperti asetilkolin, bradikinin dan sebagainya yang meningkatkan sensitivitas saraf reseptor nyeri (Bahrudin, 2017).

## 2. Etiologi

### a. Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solution plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya *sectio caesarea* antara lain: CPD (Cepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), faktor hambatan jalan lahir.

### b. Etiologi yang berasal dari janin

*Sectio caesarea* yang direncanakan meliputi bayi tidak dalam posisi dekat turunnya kepala dengan tanggal jatuh tempo persalinan, penyakit jantung, yang dapat diperburuk karena stres kerja, infeksi yang dapat menular ke bayi selama kelahiran pravaginaan, ibu yang lebih dari satu bayi memiliki riwayat SC sebelumnya (Prawiroharjo, 2010). Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

### 3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklamsia dan malpresentasi janin. Kondisi ini menyebabkan perlu adanya satu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menyebabkan nyeri (nyeri akut), akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur dan terjadi masalah gangguan pola tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan menutup dan menimbulkan luka post operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi (Mitayani, 2011).

### 4. Klasifikasi *sectio caesarea*

Menurut Hary Oxom dan William R. Forte (2010), Klasifikasi *sectio caesarea* sebagai berikut:

- a. Segmen bawah: insisi membujur. Proses ini dilakukan dengan cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.
- b. Segmen bawah: insisi melintang. Proses ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

- c. *Sectio caesarea extraperitoneal*. Pembedahan *extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Extraperitoneal*, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton, T. Teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.
- d. *Sectio caesarea* klasik. Proses ini dilakukan dengan cara insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *sectio caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.
- e. *Histerektomi Caesarea*. Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

## 5. Komplikasi

### a. Infeksi *Pueperal* (nifas)

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu tubuh beberapa hari dalam masa nifas atau bersifat berat, seperti *peritonitis*, *sepsis*, dan sebagainya. Infeksi *post operative* terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala infeksi *intrapartum* atau ada faktor-faktor yang merupakan *predisposisi* terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Bahaya infeksi sangat diperkecil dengan pemberian antibiotika, akan tetapi tidak dapat dihilangkan sama sekali terutama *Sectio Caesar* klasik dalam hal ini lebih berbahaya dari pada *Sectio Caesar transperitonealis profunda*.

### b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabangcabang *arteri uterine* ikut terbuka, atau karena *atonia uteri*.

### c. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.

### d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang tampak parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi *rupture uteri*. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* klasik (Sarwono, 2013).

## 6. Indikasi

Sebagai persalinan dengan alat bantu, Menurut Rasiji (2009) Operasi Caesar dilakukan juga atas indikasi medis. Ada beberapa indikasi medis yang membolehkan persalinan Caesar dilakukan :

### a. Indikasi Mutlak seperti Indikasi ibu yaitu Panggul sempit, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi, plasenta previa dan ruptur uteri. Indikasi janin yaitu Kelainan letak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat dan mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

- b. Indikasi Relatif seperti riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya, presentasi bokong, distosia, fetal distress, preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu, janin pertama letak lintang atau presentasi bahu, dan distosia oleh karena tumor
- c. Indikasi Sosial seperti wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin *sectio caesarea* elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul dan wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.
- d. Indikasi ibu, Placenta previa, Partus lama, Panggul sempit absolute, Ruptura urteri mengancam, Partus tak maju, Preeklamsi dan Hipertensi.

#### 7. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan post *sectio caesarea* menurut antara lain: kehilangan darah selama pembedahan 600-800 ml, terpasang kateter: urin jernih dan pucat, abdomen lunak dan tidak ada distensi, ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru, balutan abdomen tampak sedikit noda, aliran lochea sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak (Aspiani, 2017).

Persalinan dengan *sectio caesarea* memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operatif dan perawatan post partum:

- a. Nyeri akibat luka pembedahan
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
- e. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
- f. Emosi labil/perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru

- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- i. Pengaruh ansietas dapat menimbulkan mual dan muntah
- j. Pada kelahiran *sectio caesarea* tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur (Doenges, 2010).

#### 8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* adalah: hitung darah lengkap, golongan darah (ABO) dan percocokan silang, tes combs.Nb, Urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, palpimetri: menentukan CPD, kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II ultrasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin, amniosintesis: mengkaji malnutrisi paru janin, tes stress kontraksi atau tes non-stres: mengkaji respon janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal, penentuan elektronik selanjutnya: memastikan status janin/aktivitas uterus (Aspiani, 2017).

#### 9. Risiko Kelahiran *Sectio Caesarea*

Melahirkan dengan cara *Sectio caesarea* sudah populer. Namun demikian, demikian, secara obyektif kita perlu menimbang untung dan ruginya adapun risiko *Sectio caesarea* adalah :

##### a. Risiko jangka pendek

##### 1) Terjadi infeksi

Infeksi luka akibat persalinan *Sectio caesarea* beda dengan luka persalinan normal . luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat, sedangkan luka Cesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding Rahim, yang setelah operasi selesai, masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Jadi bisa ada 3 sampai 5 lapis jahitan. Apabila penyembuhan tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan

ulang. Kesterilan yang tidak terjaga akan mengundang bakteri penyebab infeksi. Apabila infeksi ini tak tertangani, besar kemungkinan akan menjalar ke organ tubuh lain, bahkan organ-organ penting seperti otak, hati dan sebagainya bisa terkena infeksi yang berakibat kematian. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada Rahim. Infeksi Rahim terjadi jika ibu sudah kena infeksi sebelumnya, misalnya mengalami pecah ketuban. Ketika dilakukan operasi, Rahim pun terinfeksi. Apa lagi jika antibiotik yang digunakan dalam operasi tidak cukup kuat. Infeksi bisa dihindari dengan selalu memberikan informasi yang akurat kepada dokter sebelum keputusan tindakan cesar diambil.

2) Kemungkinan terjadi keloid

Keloid atau jaringan parut muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan. Sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang punya kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya. Keloid hanya terjadi pada wanita yang memiliki jenis penyakit tertentu. Cara mengatasinya adalah dengan memberikan informasi tentang segala penyakit yang ibu derita sebelum kepastian tindakan *Sectio caesarea* dilakukan. Jika memang harus menjalani *Sectio caesarea* padahal ibu punya potensi penyakit demikian tentu dokter akan memiliki jalan keluar, misalnya diberikan obat-obatan tertentu melalui infus atau langsung diminum sebelum atau sesudah *Sectio caesarea*.

3) Perdarahan berlebihan

Risiko lainnya adalah perdarahan. Memang perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Misalnya plasenta lengket tak mau lepas. Bukan tak mungkin setelah plasenta terlepas akan menyebabkan perdarahan. Darah yang hilang lewat *Sectio caesarea* lebih sedikit dibandingkan lewat persalinan normal. Namun dengan teknik pembedahan dewasa ini perdarahan bisa ditekan



sedemikian rupa sehingga sangat minim sekali. Darah yang keluar saat *Sectio caesarea* adalah darah yang memang semestinya keluar dalam persalinan normal. Keracunan darah pada *Sectio caesarea* dapat terjadi karena sebelumnya ibu sudah mengalami infeksi.. ibu yang di awal kahamilan mengalami infeksi Rahim bagian bawah, berarti air ketubannya sudah mengandung kuman. Apabila ketuban pecah dan didiamkan, kuman akan aktif sehingga vagina berbau busuk karena bernanah. Selanjutnya, kuman masuk ke pembuluh darah sehingga operasi berlangsung, dan menyebar ke seluruh tubuh.

b. Risiko jangka panjang

Risiko jangka panjang dari *Setio caesarea* adalah pembatasan kehamilan. Dulu, perempuan yang pernah menjalani *Setio caesarea* hanya boleh melahirkan 3 kali. Kini, dengan tekhnik operasi yang lebih baik, ibu memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan sampai 4 kali. Akan tetapi tentu bagi keluarga zaman sekarang pembatasan itu tidak terlalu bermasalah karena setiap keluarga memang dituntut membatasi jumlah kelahiran sesuai progam KB nasional. (Indiarti dan Wahyudi, 2014).

10. Penatalaksanaan

a. Perawatan pre operasi *Sectio Caesarea*

1) Persiapan kamar operasi

- a) Kamar operasi sudah di bersihkan dan siap untuk dipakai.
- b) Peralatan dan obat –obatan telah siap semua termasuk kain operasi.

2) Persiapan pasien

- a) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
- b) Informed concent telah ditanda tangani oleh pihak keluarga pasien
- c) Perawat memberi support kepada pasien

- d) Daerah yang akan di insisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptik)
  - e) Pemeriksaan tanda tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah di derita oleh pasien
  - f) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine)
  - g) Pemeriksaan USG
  - h) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi
- b. Perawatan post operasi *Sectio Caesarea*
- 1) Analgesia
    - a) Wanita dengan ukuran tubuh rata – rata dapat disuntik 75 mg meperidin (IM) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikkan dengan cara serupa 10 mg morfin.
    - b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan 50 mg
    - c) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg meperidin
    - d) Obat obat antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama sama dengan pemberian preparat narkotik
  - 2) Tanda tanda vital

Tanda tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan funfus harus diperiksa.
  - 3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua

4) Vesica urinaria dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2x pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga post partum, klien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan payudara

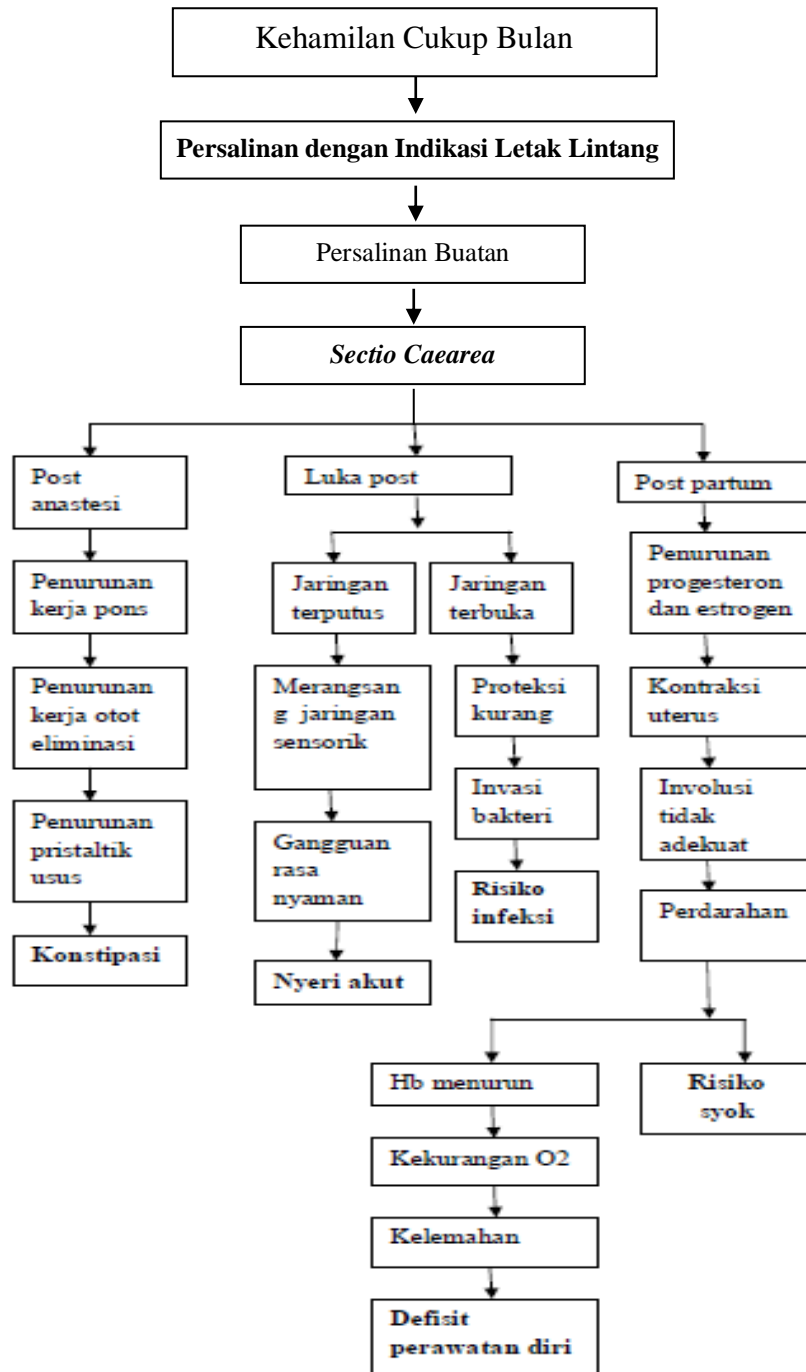
Pemberian ASI bisa langsung diberikan setelah operasi pada bayi dengan IMD terlebih dahulu.

9) Memulangkan pasien dari RS

Memulangkan pasien mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari RS pada hari ke empat dan kelima post operasi aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012)

Gambar 2.1

**Pathway Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman  
Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* dengan Malposisi  
Pada Janin Letak (Melintang)**



(Nurarif & Kusuma, 2015)

## B. Konsep Teori Letak Lintang

### 1. Pengertian

Lintang adalah suatu keadaan di mana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain. Pada umumnya bokong berada sedikit lebih tinggi dari pada kepala janin sedangkan pada bahu berada pada pintu atas panggul. Punggung janin dapat berada di depan (dorsoanterior), di belakang (dorsoposterior), di atas (dorsosuperior), di bawah (dorsoinferior) (Sawrono, 2015). Pada letak lintang, bahu berada di atas pintu atas panggul (Kuswindriani, 2015).

### 2. Etiologi

Menurut Sukrisno (2010) penyebab terjadinya letak lintang adalah :

- a. Multiparitas disertai dinding uterus dan perut yang lembek
- b. Fiksasi kepala tidak ada indikasi CPD
- c. Hidrosefalus
- d. Pertumbuhan janin terhambat atau janin mati
- e. Kehamilan premature
- f. Kehamilan kembar
- g. Panggul sempit
- h. Tumor di daerah panggul
- i. Kelainan bentuk rahim (uterus arkuatus atau uterus subseptus)
- j. Kandung kemih serta rektum yang penuh
- k. Plasenta Previa

### 3. Klasifikasi letak lintang

Klasifikasi letak lintang menurut (Kuswindriani, 2012), adalah :

- a. Letak lintang menetap adalah letak janin yang tidak bisa berubah menjadi letak bujur dan tindakan yang segera dilakukan untuk menolong persalinan yakni operasi *Caesarea*.
- b. Letak lintang kasep adalah kepala dan perut berlipat bersama-sama lahir memasuki panggul. Letak lintang ini bisa berubah spontan menjadi letak bujur, kepala atau bokong namun hal ini jarang terjadi.

- 1) Menurut letak kepala :
  - a) Kepala anak bisa di sebelah kiri ibu.
  - b) Kepala anak bisa di sebelah kanan ibu.
- 2) Menurut posisi punggung :
  - a) Punggung terletak di sebelah depan ibu (*dorso-anterior*)
  - b) Punggung terletak di sebelah belakang ibu (*dorso-posterior*)
  - c) Punggung terletak di sebelah atas ibu (*dorso-superior*)
  - d) Punggu terletak di sebelah bawah ibu (*dorso-inferior*)

#### 4. Manifestasi klinik

Menurut Herry Oxorn (2010) manifestasi terjadinya letak lintang diantaranya :

- a. Inspeksi : Dengan abdomen melebar ke samping ( tidak simetris )
- b. Punggung musda diketahui dengan palpasi, pada punggung anterior suatu dataran keras terletak melintang di bagian depan perut ibu.
- c. Bunyi jantung janin terdengar di sekitar umbilikus.
- d. Kepala dapat diraba di sebelah kanan atau kiri perut ibu
- e. Bokong teraba di sisi lain
- f. Pada pemeriksaan USG ditemukan letak lintang

#### 5. Patofisiologi

Dinding abdomen pada perut yang menggantung menyebabkan uterus beralih ke depan. Sehingga menimbulkan defleksi sumbu memanjang bayi menjahui sumbu jalan lahir, menyebabkan terjadinya posisi obliq atau melintang. Dalam persalinan terjadi dari posisi longitudinal semula dengan berpindahanya kepala atau bokong ke salah satu forsa iliaka. (Wiknjosastro, 2012)

Letak janin dalam uterus bergabung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban *relative* lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa dengan demikian janin dapat menempatkan diri

dalam presentasi kepala, letak lintang atau letak sungsang (Winkjosastro, 2013).

## 6. Komplikasi

### a. Pada Maternal

- 1) Ruptur uteri dan traumatic uteri
- 2) Infeksi
- 3) Terdapatnya letak lintang kasep, yang berpotensi meningkatkan kematian prenatal, diketahui dengan:
  - a) Adanya ruptur uteri mengancam
  - b) Tangan yang dimasukkan kedalam kavum uteri terjepit antara janin dan panggul
  - c) Dengan narkosa dalam sulit merubah letak janin (Mochtar, 2010)
  - d) Meningkatnya kematian maternal karena:
    - (1) Letak lintang selalu disertai plasenta previa
    - (2) Kemungkinan terjadi cedera tali pusat mengikat
    - (3) Keharusan tindakan operasi *Sectio Caesarea* tidak bisa dihindari
    - (4) Sepsis setelah ketuban pecah atau lengan menumbung melalui vagina

### b. Pada janin

- 1) Asfiksia karena gangguan sirkulasi
- 2) Tekukan leher yang kuat (Cunningham, 2010)

## 7. Penatalaksanaan letak lintang

Menurut Manuaba (2010), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu dengan letak lintang antara lain :

### a. Sewaktu Hamil

Usahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Sebelum melakukan versi luar harus dilakukan pemeriksaan teliti ada tidaknya panggul sempit, tumor dalam panggul, atau plasenta previa,

sebab dapat membahayakan janin meskipun versi luar berhasil, janin mungkin akan memutar kembali. Untuk mencegah janin memutar kembali ibu dianjurkan untuk menggunakan korset, dan dilakukan pemeriksaan antenatal ulangan untuk menilai letak janin

b. Sewaktu Partus

Pada permulaan persalinan masih diusahakan mengubah letak lintang janin menjadi presentasi kepala asalkan pembukaan masih kurang dari 4 cm dan ketuban belum pecah atau utuh, umur kehamilan 36 sampai 38 minggu, bagian terendah belum masuk atau masih dapat dikeluarkan dari PAP, dan bayi dapat lahir pervagina. Pada seseorang primigravida bila versi luar tidak berhasil, sebaiknya segera dilakukan seksio sesaria. Sikap ini berdasarkan pertimbangan-pertimbangan sebagai berikut: bahu tidak dapat melatasi pada serviks dengan baik, sehingga pada seorang primigravida kala I menjadi lama dan pembukaan serviks sukar menjadi lengkap, tidak ada bagian janin yang menahan tekanan intra – uteri pada waktu his, maka lebih sering terjadi pecah ketuban sebelum pembukaan serviks sempurna dan dapat mengakibatkan terjadinya prolapsus funikuli, dan pada primigravida *versi ekstraksi* sukar dilakukan.

Pertolongan persalinan letak lintang pada multipara bergantung kepada beberapa faktor. Apabila riwayat obstetrik wanita yang bersangkutan baik, tidak didapatkan kesempitan panggul, dan janin tidak seberapa besar, dapat ditunggu dan diawasi sampai pembukaan serviks lengkap untuk kemudian melakukan *versi ekstraksi*. Selama menunggu harus diusahakan supaya ketuban tetap utuh dan melarang wanita tersebut bangun dan meneran.

Apabila ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap dan terdapat prolapsus funikuli, harus segera dilakukan seksio sesarea. Jika ketuban pecah, tetapi tidak ada prolapsus funikuli, maka bergantung kepada tekanan, dapat ditunggu sampai pembukaan lengkap kemudian



dilakukan versi ekstraksi atau mengakhiri persalinan dengan seksio sesarea. Dalam hal ini persalinan dapat diawasi untuk beberapa waktu guna mengetahui apakah pembukaan berlangsung dengan lancar atau tidak. Versi ekstraksi dapat dilakukan pula pada kehamilan kembar apabila setelah bayi pertama lahir, ditemukan bayi kedua berada dalam letak lintang. Pada letak lintang kasep, versi ekstraksi akan mengakibatkan rupture uteri, sehingga bila janin masih hidup, hendaknya dilakukan *seksio sesarea* dengan segera, sedangkan pada janin yang sudah mati dilahirkan pervaginam dengan dekapitasi atau embriotomi.

8. Pemeriksaan penunjang
  - a. *Hemaglobin* atau *hematokrit* untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
  - b. *Leukosit* (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
  - c. Tes golongan darah, lama pendarahan, dan waktu pembekuan darah.
  - d. *Urinarisasi*: menentukan kadar albumin dan glukosa
  - e. *Ultrasonografi*: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan dan presentasi janin.
  - f. Pemantauan elektronik kontinu : memastikan status janin / aktivitas uterus (Kuswindriani, 2015)

### **C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

#### 1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow (1960) kebutuhan dasar manusia ada lima tingkatan atau hierarki dan disebut dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow. Berikut merupakan hierarki yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar tersebut di mana pada pasien dengan kasus dispepsia masalah yang dihadapi pada setiap kebutuhan adalah sebagai berikut:

**Gambar 2.2**  
**Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia**



*Sumber : Kasiati & Ni Wayan Dwi (2016)*

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar dan tertinggi dalam fisiologis Maslow. Kebutuhan fisiologis diantaranya adalah oksigen, minuman, makanan, suhu, eliminasi, aktivitas, istirahat tidur, kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman nyaman dan perlindungan merupakan kebutuhan untuk mendapatkan perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, rasa sakit, infeksi, rasa takut dan kecemasan.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, diantaranya adalah memberi dan menerima kasih sayang, mendapat kehangatan, mendapatkan persahabatan, perasaan dimiliki dan berarti, diterima kelompok sosial.
- d. Kebutuhan harga diri, kebutuhan ini meliputi, perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, kebutuhan ini meliputi mengenal dan memahami diri serta potensi diri dengan baik, memenuhi kebutuhan sendiri, berdedikasi tinggi, kreatif.

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pada individu yang mengalami *sectio caesarea* mengalami gangguan kebutuhan rasa nyaman (bebas nyeri) yaitu kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan,

sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri sangat berbeda pada setiap orang dalam skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Rasa ketidaknyamanan nyeri dapat disebabkan oleh terjadinya kerusakan saraf sensorik atau juga diawali rangsangan aktifitas sel dan menimbulkan persepsi nyeri. Prosedur keperawatan yang dapat dilakukan yang berhubungan dengan kebutuhan rasa nyaman nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam, cara kompres hangat dan cara kompres dingin.

Fisiologi munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah ujung-ujung saraf sangat bebas yang tersebar pada kulit dan mukosa, reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulus atau rangsangan. Stimulus tersebut dapat berupa kimiawi, terminal, listrik, atau mekanis. Stimulasi oleh zat kimiawi diantaranya seperti prostaglandin dan macam-macam asam seperti adanya asam lambung yang meningkat pada gastritis atau stimulasi

## 2. Konsep dasar nyeri.

### a. Pengertian Nyeri

Pendapat beberapa ahli tentang nyeri:

- 1) Priharjo (1992): secara umum nyeri merupakan perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.
- 2) Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (*International Association Study of Pain*): Awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda, 2013).
- 3) Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat menjelaskan dan

mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan, maupun berat. (Mubarak, Nurul Chayatin, 2007)

b. Penyebab Nyeri

Menurut (Asmadi, 2009) penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu :

1) Penyebab fisik

a) Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

b) Neoplasma menyebabkann nyeri karena terjadi tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri.

c) Peradangan menimbulkan nyeri karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri.

2) Penyebab psikologis

Nyeri disebabkan karena faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

c. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya (Saputra, 2013) :

1) Jenis nyeri :

Nyeri dibedakan menjadi 3 yaitu:

a) Nyeri perifer

Nyeri supitfisial adalah rasa nyeri muncul akibat rangsangan pada mulut dan mukosa. Nyeri viseral adalah rasa nyeri di rongga abdomen, kranium, dan toraks. Nyeri alih adalah rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

b) Nyeri psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui, umumnya nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis.

c) Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

2) Bentuk nyeri :

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik

a) Nyeri akut, adalah merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang

b) Nyeri kronis, adalah nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap, selama lebih enam bulan dan sumber nyeri tidak dapat diketahui (Saputra, 2013).

3) Skala nyeri

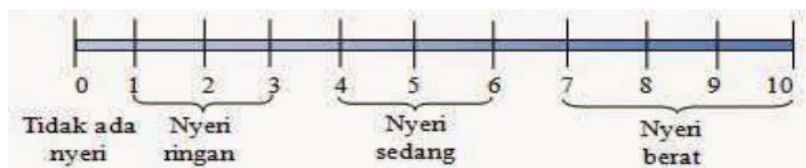
a) Skala Deskriptif Verbal

Merupakan sebuah skala penilaian nyeri dengan kata-kata yang dapat dinyatakan oleh seseorang yang mengalami nyeri seperti klien mengatakan tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan (berkurang), nyeri sedang (sedikit berkurang), nyeri berat (nyeri tidak hilang sama sekali). Dikarenakan skala ini membatasi perkataan klien dalam mengungkapkan rasa nyerinya maka skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri



#### b) Skala Penilaian Numerik

Menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Dapat menggunakan penggaris sepanjang 10 cm untuk dilakukannya penilaian skala numerik ini dari angka 0 tidak nyeri sampai angka 10 nyeri berat, klien dapat menunjuk dimana skala nyeri yang dirasakannya saat ini untuk mengetahui nyeri yang dialami klien



#### 4) Patofisiologi nyeri

Nyeri berarti pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan terjadinya kerusakan jaringan atau yang cenderung merusak jaringan. Pada nyeri terjadi perubahan kepekaan sistem saraf terhadap rangsang nyeri, sebagai akibat kerusakan jaringan yang disertai proses inflamasi, terlokalisir, hilang bila inflamasi dan jaringan sembuh (Saifuddin, Mansjoer & Prawirohardjo, 2011).

Pada kasus post op *Sectio Caesarea* pasien akan mengalami gangguan mobilisasi karena nyeri pada luka insisi abdomen efek pembedahan. Hal ini disebabkan karena adanya luka setelah operasi menimbulkan nyeri dan biasanya dirasakan setelah sadar dari pengaruh anastesi, adanya luka yang menimbulkan nyeri tersebut membuat pasien merasa takut dan cemas untuk melakukan mobilisasi sehingga pasien cenderung untuk berbaring, mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan (Wiknjosatro, 2013).

Pada kasus post *sectio caesarea* pasien akan mengalami gangguan eliminasi karena efek pembedahan. Pada pasien post *sectio caesarea* terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan motilitas cerna

mengalami penurunan yang disebabkan beberapa hal yaitu efek obat anestesi, menurunnya hormon progesteron dan kurangnya mobilisasi dini. yang pertama adalah karena adanya obat anestesi (Asmadi, 2012)

#### **D. Proses Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea***

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, suatu proses kolaborasi tim kesehatan lainnya. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik, dalam pengkajian dibutuhkan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis, untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan.

Adapun pengkajian yang dilakukan pada ibu *Sectio Caesarea* antara lain: identitas umum, riwayat kesehatan dahulu dan riwayat kesehatan sekarang. Pemeriksaan fisik meliputi (keadaan umum): Pengkajian kenyamanan: Luka insisi pada dinding abdomen. Pengkajian aktifitas dan istirahat: kelemahan, sulit menggerakkan ekstremitas, sering terbangun saat tidur. Pengkajian eliminasi: kelemahan pada abdomen motilitas cerna mengalami penurunan. Pengkajian integritas: kemerahan pada luka post *sectio caesarea*. Pengkajian kebersihan diri: tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri (Mitayani, 2011).

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2016).

Jadi penelitian dari pengkajian ditegakkanlah diagnosa keperawatan untuk pasien post op *sectio caesarea*. Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) kemungkinan diagnosa yang muncul adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka pembedahan
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelemahan dan sulit menggerakkan ekstremitas
- c. Konstipasi berhubungan dengan Kelemahan pada abdomen motilitas cerna mengalami penurunan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik post operasi SC
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit



3. Rencana keperawatan

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan**

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
<p><b>Nyeri akut D.0077</b></p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.</p> <p><b>Penyebab:</b> Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b> Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur</p> <p><b>Gejala dan Minor</b> Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Diaforesis</p>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>Tidak meringis (5)</li> <li>Tidak gelisah (5)</li> <li>Tidak mengalami kesulitan tidur (5)</li> <li>Tekanan darah dalam rentang normal (120/80 mmHg) (5)</li> <li>Pola tidur membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I. 08238)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>

1	2	3
<p><b>Gangguan mobilitas fisik D.0054</b></p> <p><b>Definisi:</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p><b>Penyebab:</b> Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensoripersepsi</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b> Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b> Subjektif: Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak Objektif: Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</li> <li>Rasa nyeri menurun (5)</li> <li>Rasa cemas menurun (5)</li> <li>Gerakan terbatas menurun (5)</li> <li>Kelemahan fisik menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Ambulasi (1.06171)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>
<p><b>Konstipasi D.0049</b></p> <p><b>Definisi:</b> Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak</p>	<p><b>Eliminasi Fekal (L.04033)</b> Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mengeluh saat BAB lama dan sulit (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Konstipasi (I.04155)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Periksa tanda dan gejala konstipasi</li> <li>Identifikasi faktor risiko konstipasi (obat-obatan, tirah baring dan diet rendah serat)</li> </ol>

1	2	3
<p><b>Penyebab:</b> Fisiologis: Penurunan motilitas gastrointestinal, Ketidak adekuatan pertumbuhan gigi, Ketidakcukupan diet, Ketidakcukupan asupan serat, Ketidakcukupan asupan cairan, Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung), Kelemahan otot abdomen Psikologis: Konfusi, Depresi, Gangguan emosional Situasional: Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), Ketidakadekuatan toileting, Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, Penyalahgunaan laksatif, Efek agen farmakologis, Ketidakteraturan kebiasaan defekasi, Kebiasaan menahan dorongan defekasi, Perubahan lingkungan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b> Subjektif: Defekasi kurang dari 2 kali seminggu, Pengeluaran fases lama dan sulit Objektif: Feses keras, Peristaltik usus menurun</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b> Subjektif: Mengejan saat defekasi Objektif: Distensi abdomen, Kelemahan umum, Teraba massa pada rektal</p>	<p>b. Tidak mengejan saat BAB (5) c. Frekuensi BAB membaik (5)</p>	<p>Terapeutik: a. Anjurkan diet tinggi serat Edukasi: a. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi b. Latih buang air besar secara teratur c. Ajarkan cara mengatasi konstipasi / impaksi Kolaborasi: Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu</p>
<p><b>Defisit perawatan diri D.0109</b></p> <p><b>Definisi:</b> Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri <b>Penyebab:</b> Gangguan muskuloskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan/atau psikotik, Penurunan motivasi/minat <b>Gejala dan Tanda Mayor:</b> <i>Subjektif:</i> Menolak melakukan perawatan diri</p>	<p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b> Dengan kriteria hasil: a. Memiliki kemampuan untuk mandi (5) b. Meningkatnya minat melakukan perawatan diri (5) c. Mempertahankan kebersihan diri</p>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (L.11352)</b> Observasi: a. Monitor tingkat kemandirian b. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: a. Siapkan keperluan pribadi b. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p>

1	2	3
<p><i>Objektif:</i> Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><i>Subjektif:</i> -</p> <p><i>Objektif:</i> -</p>	<p>meningkat (5)</p> <p>d. Kemampuan ke toilet meningkat (5)</p>	<p>c. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi:</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
<p><b>Risiko infeksi D.0142:</b></p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor Risiko:</b> Penyakit Kronis, Efek prosedur Infasif, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer : Gangguan peristaltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan sekresi PH, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok, Statis cairan tubuh; Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan Hemoglobin, Imunosupresi, Leukopenia, Supresi Respon Inflamasi, Faksinasi tidak adekuat</p>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kebersihan tangan meningkat (5)</p> <p>b. Kemerahan menurun (5)</p> <p>c. Nyeri menurun (5)</p>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p>Observasi:</p> <p>Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan perawatan kulit pada daerah edema</p> <p>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara memeriksa luka</p> <p>c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian anti biotik, <i>Jika perlu</i></p>

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).