

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### 1. Pengertian

*Sectio Caesarea* merupakan upaya pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Subekti, 2018).

*Sectio Caesarea* adalah salah satu bentuk pengeluaran janin melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (*laparatomy*) dan uterus (*histerektomi*) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Wahyu, 2018).

*Sectio Caesarea* umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah prosedur persalinan dengan pembedahan umumnya dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, spesialis anak, spesialis anastesi, serta bidan (Rahmawati, et al., 2018).

##### 2. Etiologi

###### a. Faktor indikasi dari ibu

Faktor indikasi dari ibu yang menyebabkan dilakukan *Sectio Caesarea* adalah usia yang terlalu muda dan terlalu tua pada ibu bersalin yang umurnya kurang dari 20 tahun akan didapatkan resiko fisik maupun psikis. Timbulnya resiko ini dipengaruhi oleh faktor fisik yaitu beberapa organ reproduksi remaja putri misalnya rahim yang belum cukup matang untuk menahan beban kehamilan atau bagian panggul yang belum cukup berkembang sehingga bisa menyebabkan ketidaksesuaian letak janin dengan panggul ibu. Sedangkan pada ibu bersalin yang umurnya lebih dari 35 tahun, biasanya pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan dan alat-alat kandungan serta jalan

lahir tidak lentur lagi Selain itu pada usia lebih dari 35 tahun dapat timbul komplikasi antara lain hipertensi essential, dan diabetes gestasional sehingga sulit lahir pervaginam. Selain itu terdapat jumlah anak yang dilahirkan (paritas) ketuban pecah dini, kelainan kontraksi rahim, kehamilan yang disertai penyakit (hipertensi, DM, jantung, dan HIV) pre eklampsia, persalinan tidak mengalami kemajuan dan adanya riwayat *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan persalinan harus diakhiri dengan *Sectio Caesarea* (Pontoh, 2016).

b. Faktor indikasi dari janin

Faktor indikasi dari janin diantaranya posisi janin tidak *occipital* (bukan presentasi kepala) seperti sungsang atau tulang belikat yang bersinggungan dengan bahu, janin terlalu besar, bayi kembar, ancaman gawat janin, janin abnormal, pasokan darah tidak mencukupi kebutuhan plasenta dan janin yang berakibat membahayakan janin seperti yang mungkin terjadi *placenta previa*, *abruptio placenta*, prolaps tali pusat atau kelainan tali pusat (Johnson, 2010).

3. Klasifikasi

Beberapa jenis *Sectio Caesarea* menurut Leniwita & Anggraini (2019).

- a. *Sectio Caesarea* klasik atau corporal pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.
- b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda (low servical dengan insisi pada segmen bawah rahim) merupakan suatu pembedahan dengan teknik melintang dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus *sectio caesarea* memilih teknik ini karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik dan tidak banyak menimbulkan perlekatan.
- c. *Sectio Caesarea* yang disertai histerektomi yaitu pengangkatan uterus setelah *Sectio Caesarea* karena atonia uteri yang tidak dapat diatasi

dengan tindakan lain, pada miomatosus yang besar dan atau banyak atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

- d. *Sectio Caesarea* vaginal yaitu pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus.
- e. *Sectio Caesarea* ekstrapéritoneal/porro (*Sectio Caesarea* diikuti dengan amputasi supravaginal uterus) yaitu seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

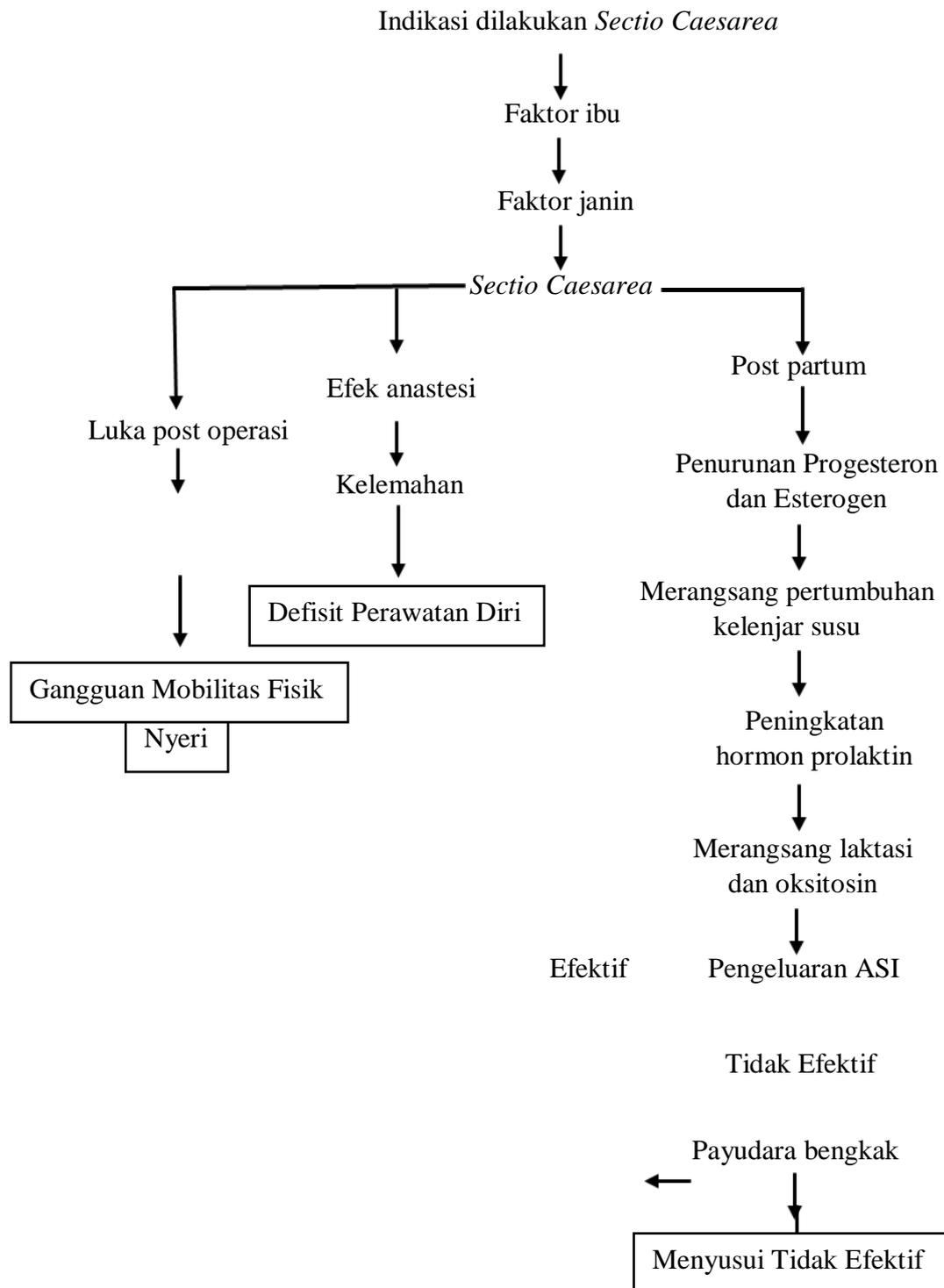
#### 4. Patofisiologi

*Sectio Caesarea* merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu faktor usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, panggul sempit, penyakit bawaan Hipertensi, DM Jantung & HIV, riwayat *Sectio Caesarea* dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, Janin besar dan kelainan letak bayi, faktor plasenta, kelainan tali pusat, bayi kembar, preeklampsia, ketuban pecah dini dll. Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril.

Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan rasa tidak nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum sehingga pasien akan mengalami kelemahan dan akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri atau dapat menyebabkan keterbatasan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri atau defisit perawatan diri (Aspiani, 2017)

## PATHWAY

Gambar 2.1  
**Pathway pada pasien *Post Sectio Caesarea***



(Nurarif & Kusuma, 2015)

#### 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada klien dengan *Post Sectio Caesarea*, menurut (Aspiani, 2017) antara lain:

Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml, terpasang kateter. abdomen lunak dan tidak ada distensi, ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru, balutan abdomen tampak sedikit noda, Aliran lohchia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Aspiani, 2017) pada klien dengan tindakan *Sectio Caesarea* adalah :

Hitung darah lengkap, cek golongan darah, urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa, kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II, ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin, amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin, tes stres 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.

#### 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *Sectio Caesarea* menurut (Aspiani, 2017) yaitu :

Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan ↓ cermat, fundus uteri harus sering di palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat, pemberian analgetik dan antibiotik, periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam, pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama

setelah pembedahan, ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain, perawatan luka. Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan, pemeriksaan laboratorium Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.

#### 8. Komplikasi

Komplikasi *Sectio Caesarea* menurut (Syaiful & Fatmawati, 2020)

Komplikasi yang dapat terjadi pada ibu yaitu peningkatan suhu, pendarahan, trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan *Sectio Caesarea*, infeksi atau peradangan pada endometrium, resiko ruptur uteri pada kehamilan. Komplikasi yang terjadi pada bayi yaitu hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan, trauma persalinan.

### **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis, hal ini tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar pada manusia menurut Abraham Maslow, yaitu Teori Hierarki Kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar :

1. Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia antara lain pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan, nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan ini meliputi kebutuhan keamanan dan perlindungan atau keselamatan, baik fisik maupun psikologis serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.

3. Kebutuhan rasa cinta, yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi serta menerima kasih sayang, kehangatan, dan persahabatan; mendapat tempat di dalam keluarga serta kelompok sosial.
4. Kebutuhan harga diri, yaitu terkait keinginan untuk mendapatkan kekuatan serta meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Harahap, et al., 2022).

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada klien dengan kasus *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan kebutuhan dasar fisiologis yaitu gangguan kebutuhan aktivitas.

Kebutuhan aktivitas merupakan suatu kebutuhan dasar manusia untuk melakukan suatu pergerakan ekstremitas secara bebas sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Kebutuhan aktivitas ini diatur oleh beberapa sistem anggota gerak baik aktif (otot) maupun pasif (tulang) serta sistem lainnya yaitu tendon, sendi, ligament, kartilago, cairan synovial dan sistem saraf. Kelainan pada salah satu sistem akan menyebabkan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas pada seseorang. Mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya. (Paryono, et al., 2021).

Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko tinggi karena dilakukan pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus, dengan adanya luka bekas *Sectio Caesarea* maka akan menimbulkan nyeri pada ibu sehingga pasien enggan bergerak dan cenderung untuk berbaring saja sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini. Selain itu pada pasien dengan *Post Sectio Caesarea* dapat mengakibatkan kelemahan yang akhirnya akan menyebabkan pasien sulit untuk melakukan aktivitas secara mandiri dan memerlukan bantuan orang lain atau keluarga. Manfaat mobilisasi dini bagi

ibu *Post Sectio Caesarea* adalah mampu memperlancar pengeluaran lokia dan mengurangi infeksi puerperium, mempercepat involusi alat kandungan, memperlancar fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga nutrisi yang dibutuhkan luka terpenuhi dan mempercepat kesembuhan luka, mempercepat fungsi pengeluaran ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Sedangkan kerugian jika tidak melakukan mobilisasi dini terutama bagi ibu *Post Sectio Caesarea* adalah terjadinya peningkatan suhu tubuh, perdarahan yang abnormal dan involusi uterus yang tidak baik. (Heryani & Ardenny, 2016).

### **C. Proses Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea***

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan ilmiah dan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien dan pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ke tahap maksimum. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

#### **1. Pengkajian *Sectio Caesarea***

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dapat dilaksanakan dengan cara wawancara observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik dan lain lain (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut Aspiani (2017) Pada pasien *Post Sectio Caesarea* data yang dapat ditemukan dari hasil pengkajian yaitu :

- a. Identitas klien, Ruang, tanggal masuk RS, meliputi inisial nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, riwayat kehamilan.

- b. Keluhan Utama, pada umumnya pasien *Post Sectio Caesarea* mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, takut bergerak, merasa badan lemah, dan tidak nyaman.
- c. Riwayat kesehatan sekarang, pada riwayat kesehatan yang perlu dikaji yaitu keadaan umum klien dan pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya *Sectio Caesarea*
- d. Riwayat penyakit dahulu seperti apakah klien memiliki riwayat operasi sebelumnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- e. Riwayat penyakit keluarga, peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- f. Riwayat perkawinan yaitu status pernikahan.
- g. Riwayat kehamilan dan persalinan meliputi berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah keguguran.
- h. Eliminasi, meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *Post Sectio Caesarea*, untuk BAK dengan kateter urine yang sebelumnya telah terpasang.
- i. Istirahat/tidur, pada klien dengan *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urine.
- j. Kebutuhan personal hygiene, klien dengan *Post Sectio Caesarea* sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dalam keadaan bersih.
- k. Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan, aktivitas sehari

hari masih dalam bantuan keluarga dan mobilisasi dapat dilakukan secara bertahap.

- l. Gerak dan keseimbangan tubuh, aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.
  - m. Kebutuhan berpakaian, klien dengan *Post Sectio Caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
  - n. Kebutuhan keamanan, kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya., klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
  - o. Pemeriksaan Fisik memeriksa keadaan umum, kesadaran, TTV, dan pemeriksaan tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenal respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Berdasarkan tanda dan gejala pada kasus *Post Sectio Caesarea* terdapat pada tabel dibawah ini

**Tabel 2.1**  
**Diagnosa Keperawatan pada Kasus *Post Sectio Caesarea***  
**Sesuai Tanda dan Gejala pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS : 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan cemas saat bergerak 3. Klien mengeluh	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri

1	<p>tidak nyaman</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>2. Fisik klien tampak lemah</li> <li>3. Gerakan klien tampak terbatas</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>2</b></p>	<b>3</b>	<b>4</b>
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ASI belum keluar</li> <li>2. Klien mengatakan payudara terasa nyeri</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASI tidak menetes</li> <li>2. Payudara tampak bengkak</li> </ol>	Menyusui tidak efektif	Payudara bengkak
3.	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas mandiri.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri</li> <li>2. Klien tampak lemah</li> <li>3. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga.</li> </ol>	Defisit perawatan diri	Kelemahan
4.	<p>DS :</p> <p>Klien mengeluh nyeri di bagian perut pada luka post operasi</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Klien tampak gelisah</li> <li>3. Skala nyeri meningkat</li> </ol>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (Post operasi)

	4. Tekanan darah meningkat 5. Frekuensi nadi meningkat		
--	---	--	--

Diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada kasus *Post Sectio Caesarea* berdasarkan tabel diatas adalah sebagai berikut

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Post operasi)

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien (Supartti & Ashriady, 2016).

Rencana keperawatan pada kasus *Post Sectio Caesarea* terdapat pada tabel sebagai berikut

**Tabel 2.2**  
**Rencana Keperawatan pada Kasus *Post Sectio Caesarea***

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri <b>(D.0054)</b>	<p>Mobilitas fisik <b>(L.05042)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi <b>(I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

1	2	3	4
			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak <b>(D.0029)</b>	<p>Status menyusui <b>(L.03029)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24jam meningkat</li> <li>4. Berat badan bayi meningkat</li> <li>5. Tetesan/pancaran ASI meningkat</li> <li>6. Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat</li> <li>8. Kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>9. Bayi tidur setelah menyusui meningkat</li> <li>10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat</li> </ol>	<p>Edukasi menyusui <b>(I.12393)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>4. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</li> </ol>

1	2	3	4
		11. Intake bayi meningkat 12. Hisapan bayi meningkat 13. Lecet pada puting menurun 14. Kelelahan maternal menurun 15. Kecemasan maternal menurun 16. Bayi rewel menurun 17. Bayi menangis setelah menyusu menurun 18. Frekuensi miksi bayi membaik	<b>Edukasi</b> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah asi, pijat payudara, pijat oksitosin)
3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan <b>(D.0109)</b>	Perawatan diri <b>(L.11103)</b>  Dengan kriteria hasil 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat (BAB/BAK) 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat 7. Mempertahankan kebersihan diri	Dukungan perawatan diri : Mandi <b>(I.11352)</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit  <b>Terapeutik</b> 1. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampo, pelembab kulit) 2. Sediakan lingkungan yang aman dan

		meningkat	nyaman
--	--	-----------	--------

1	2	3	4
		8. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	3. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 5. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi) <b>(D.0077)</b>	Tingkat nyeri <b>(L.08066)</b>  Dengan kriteria hasil 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Gelisah menurun 7. Kesulitan tidur menurun 8. Menarik diri menurun 9. Berfokus pada diri sendiri menurun 10. Diaforesis menurun 11. Perasaan depresi menurun 12. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b>  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

1	2	3	4
		13. Anoreksia menurun 14. Perineum terasa tertekan menurun 15. Uterus teraba membulat menurun 16. Ketegangan otot menurun 17. Pupil dilatasi menurun 18. Muntah menurun 19. Mual menurun 20. Frekuensi nadi membaik 21. Pola napas membaik 22. Tekanan darah membaik 23. Proses berpikir membaik 24. Fokus membaik 25. Fungsi berkemih membaik 26. Perilaku membaik 27. Nafsu makan membaik 28. Pola tidur membaik	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik  <b>Terapeutik</b> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah 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 (Suarni & Apriyani, 2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.

Tujuan dari evaluasi antara lain : Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017).