

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah tindakan medis yang diperlukan guna menolong persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini merupakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim (Ayuningtyas et al., 2018).

Sectio Caesarea merupakan proses persalinan atau pembedahan melalui insisi pada dinding perut dan rahim bagian depan untuk melahirkan janin. Indikasi medis dilakukannya operasi *sectio caesaria* ada dua faktor, yaitu faktor janin dan faktor ibu. (Kristiani, 2019). Bedah Sesar (*Sectio Caesarea*) merupakan persalinan janin melalui suatu insisi pada dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Karminingtyas, 2018).

2. Etiologi

a. Indikasi dari Ibu

Etiologi *Sectio Caesarea* yang berasal dari ibu yaitu adanya indikasi KPD (Ketuban Pecah Dini), CPD (*Cahepalo Pelvic Disproportion*), *placenta previa*, *Solutio Placenta*, Riwayat *Sectio Caesarea*, dan Oligohidramnion (Daniyati & Mawaddah, 2021). Menurut Manuaba (2012). Penyebab *Sectio Caesarea* dari ibu yaitu terdapat riwayat persalinan *sectio caesara* yaitu terdapat sejarah persalinan yang buruk, adapun akibat panggul yang sempit, *placenta previa* terutama primigravida, *solutio plasenta* tingkat I sampai II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit seperti jantung, DM (Diabetes Melitus). Dan juga terdapat penyebab yang menjadi indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* yaitu antara lain adalah karena faktor hambatan jalan lahir, CPD (*Cahepalo Pelvik*

Disproportion), PEB (Pre-Eklamsia Berat), dan KPD (Ketuban Pecah Dini). (Manuaba, 2012).

b. Indikasi dari janin

Penyebab *Sectio Caesarea* yang berasal dari janin antara lain yaitu karena terdapat indikasi yaitu gawat janin, letak lintang, bayi kembar, letak sungsang (presentasi bokong), Kehamilan kembar, kelainan kongenital, *Anomaly* janin misalnya hidrosefalus dan penyebab lainnya (Daniyati & Mawaddah, 2021).

1) Definisi Letak Sungsang (Presentasi Bokong)

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim dengan kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah

Presentasi bokong adalah di mana letak bayi sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah atau di daerah pintu atas panggul atau simfisis. (Sarwono, 2006) dalam (Simanjuntak, 2013)

2) Etiologi Presentasi Bokong

Bobot janin yang relatif rendah hal ini menyebabkan janin bergerak bebas, rahim yang sangat elastis membuat janin berpeluang besar untuk berputar hingga minggu ke-37 dan seterusnya. kehamilan kembar, hidroamnion, hidrosefalus, plasenta previa, dan panggul sempit juga dapat mempengaruhi terjadinya presentasi bokong (Simanjuntak, 2013).

3) Manifestasi Klinik Presentasi bokong

Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, di bawah pusat dan ibu merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Pada saat diraba akan terasa bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri, Punggung janin dapat diraba pada salah satu sisi dinding perut, di atas simfisis, teraba bagian yang kurang bundar dan lunak. (Simanjuntak, 2013).

4) Jenis Presentasi Bokong

Bokong dengan tungkai ekstensi (*frang breech*): presentasi dengan pinggul fleksi dan tungkai ekstensi pada abdomen. Dari kasus presentasi bokong yang terjadi tujuh puluh persennya adalah jenis ini. Kasus ini banyak terjadi terutama pada primigravida yang tonus otot uterusnya yang baik menghambat tungkai dan putaran bebas janin, yang kedua dengan bokong sempurna (*complete breech*): sikap janin pada posisi ini fleksi sempurna, dengan pinggul dan lutut fleksi dan kaki terlipat ke dalam di samping bokong, lalu bokong *footling (footling breech)*: hal ini jarang terjadi satu atau kedua kaki menjadi bagian presentasi karena baik pinggul atau lutut tidak sepenuhnya fleksi. Kaki lebih rendah dari bokong. dan presentasi lutut: pada posisi ini satu atau kedua pinggul mengalami ekstensi, dengan lutut fleksi (Putri et al., 2022).

5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosa letak sungsang yaitu dengan USG (ultrasonografi) untuk mengetahui keadaan letak janin. (Simanjuntak, 2013).

6) Komplikasi Presentasi Bokong

Dapat menyebabkan mordibitas (Angka Kesakitan) dan mortalitas (Angka kematian) bayi yang tinggi. Pada ibu dapat terjadi trias pendarahan, trauma persalinan, dan infeksi. Sedangkan komplikasi pada bayi kemungkinan akan terjadi pendarahan intrakranial, infeksi pasca partum seperti meningitis dan infeksi lainnya, aspirasi air ketuban, dan kematian bayi akibat afiksia berat. (Putri et al., 2022).

7) Penatalaksanaan Persalinan dengan Presentasi Bokong

Persalinan per Abdominal (*Sectio Caesarea*) dinilai lebih aman dan direkomendasikan pada kasus presentasi bokong, panggul sempit, bekas SC, janin besar, plasenta previa. Dan sebelum dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan pemeriksaan

USG untuk memastikan bahwa masih presentasi bokong. (Simanjuntak, 2013).

3. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Tipe-tipe *sectio caesaria* menurut Oxorn dan Forte (2012) dalam (Nurjaya et al., 2022) adalah:

a. Tipe-tipe segmen bawah insisi melintang

Insisi melintang segmen bawah uterus merupakan prosedur pilihan abdomen dibuka dan disingkapkan, lipatan vesika uterina peritoneum yang terlalu dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus disayat melintang dilepaskan dan segmen bawah serta ditarik atas tidak menutupi lapangan pandangan.

b. Tipe-tipe segmen bawah

Insisi membujur dengan cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan skapal dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi

c. *Sectio caesaria* klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skapal ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul.

d. *Sectio caesaria* ekstrapertinial

Pembedahan ekstrapertinial dikerjakan untuk menghindari yang dikerjakan perlunya histerektomi pada mengalami infeksi luas.

4. Patofisiologi

Adanya indikasi untuk dilakukan operasi *Sectio Caesarea* terdapat dua faktor, yaitu faktor Janin dan faktor ibu. Faktor dari janin meliputi: presentasi dahi, presentasi muka, presentasi bokong, bayi besar, gemelli, bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu distres, faktor placenta, meliputi placenta previa dan solusio placenta, letak bayi sungsang/lintang, sedangkan faktor ibu terdiri atas CPD (*cephalo pelvic disproportion*), panggul sempit, ketuban pecah dini, hambatan lahir (tumor) dan hipertensi, placenta pravia, hal inilah yang menjadi

penyebab dilakukannya tindakan *Sectio Caesarea* (Kristiani et al., 2019).

Pasien yang baru saja menjalani operasi *Sectio Caesarea* akan mengalami proses pembedahan yang akan menimbulkan nyeri akibat insisi. karena adanya nyeri ini pasien akan merasakan nyeri saat beraktivitas dan menimbulkan kelemahan. Rasa sakit akan membuat pasien enggan menggerakkan badan apalagi turun dari tempat tidur. Hal inilah yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi kurang baik dan menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. (Ruwayda, 2015).

Adanya luka bekas operasi *Sectio Caesarea* menimbulkan nyeri pada saat beraktivitas yang menimbulkan kelemahan fisik sehingga cenderung untuk berbaring saja, untuk mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati & Hartati, 2019)

Setelah persalinan *Sectio Caesarea*, ibu akan mengalami tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga membuat ibu memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah yang membuat ibu tidak bisa melakukan *Activity Daily Leaving* secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan *Personal Hygiene* seperti mandi, *oral hygiene*, eliminasi dan berhias hal ini menimbulkan kelemahan fisik pada ibu dan menyebabkan tidak bisa melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri dan menimbulkan masalah defisit perawatan diri (Atoy et al., 2019).

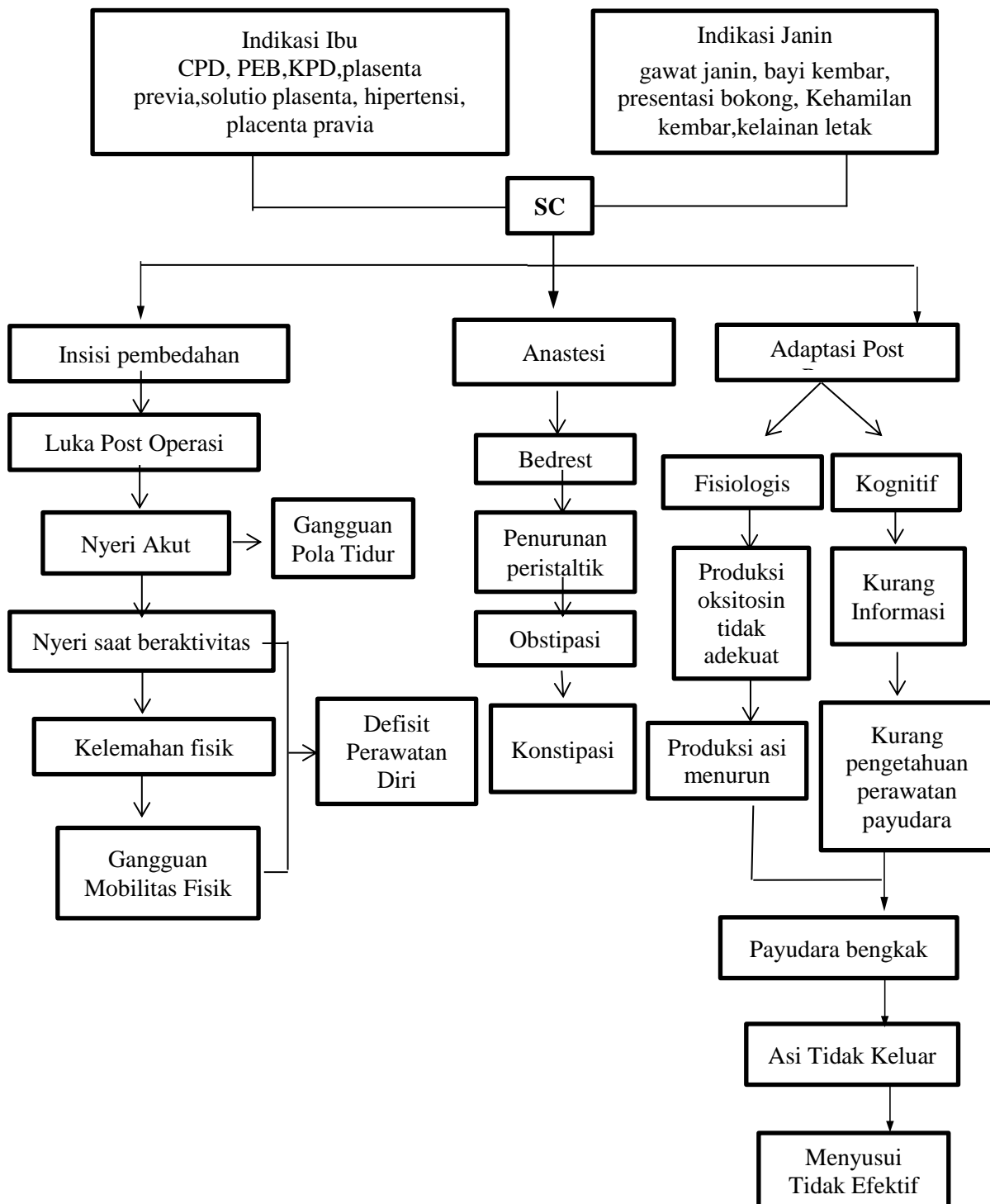
Pembedahan *Sectio Caesarea* adalah proses persalinan dengan proses insisi pembedahan pada dinding perut dan rahim yang akan meninggalkan luka bekas operasi inilah yang menyebabkan masalah nyeri akut pada ibu post SC. (Widayati et al., 2022). Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen yang menyebabkan luka bekas operasi yang akan menyebabkan nyeri, akibat

dari nyeri akan menyebabkan ibu sering terbangun saat tidur dan terjadi masalah gangguan pola tidur (Mitayani, 2012).

Dalam proses operasi dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien bedrest dan akan mengakibatkan adanya penurunan peristaltik hingga terjadi obstipasi yang menimbulkan masalah konstipasi. (Nuarif & Kusuma, 2015).

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit (Aspiani, 2017).

Pathway



Gambar 2.1

Sumber : Nuarif dan Hardhi (2015)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Martowirjo (2018) dalam (Agustina, 2020), manifestasi klinis pada pasien dengan post *Sectio Caesarea* antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Bising usus tidak ada.
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Martowirjo (2018) dalam (Agustina, 2020) pemeriksaan yang dilakukan pada ibu *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa.
- d. Pelvimetri : menentukan CPD.
- e. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- g. Amniosintesis : Mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres : mengkaji respons janin
- i. terhadap gerakan/stres dari polakontraksi uterus/pola abnormal.
- j. Penentuan elektronik selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

7. Penatalaksanaan

Menurut Rasjidi tahun 2009 dalam (Hartanti, 2016) ibu *post Sectio Caesarea* perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena

juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau menunjukkan tanda-tanda lain yang mengarah ke hipovolemik. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

b. Ruang Perawatan

1) Monitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anastesi, observasi pada pasien dilakukan setiap setengah jam setelah 2 jam pertama dan tiap satu jam selama minimal 4 jam setelah didapatkan hasil yang stabil. tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, suhu tubuh.

2) Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolac. Pemberian antibiotik seperti Ceftriaxone, Cefotaxime, dan lainnya.

3) Terapi cairan dan diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun di bawah 30 ml/jam maka harus segera dinilai kembali. Bila kadar Hb rendah dapat diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan. Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu dianjurkan untuk pemberian minuman dan makanan

peroral.pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi dini

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

6) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *Sectio Caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara yang bisa mengurangi rasa nyeri pada payudara.

7) Keluarga berencana

Keluarga Berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

8) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi.

9) Perawatan payudara

Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.

10) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *sectio casarea* adalah

- a. Nyeri pada daerah insisi
- b. Pendarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi rahim atau akibat antonia uteri
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi ini lebih besar bila *Sectio Caesarea* dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim
- d. Cidera pada sekeliling usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter
- e. Infeksi pada luka pasca operasi
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah
- g. Gangguan laktasi
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot atas panggul (Nurjaya dkk, 2022).

B. Kebutuhan Dasar Manusia

1. Teori hirarki menurut Maslow

Menurut Teori Hierarki dalam (Yuliani Endang, 2021) Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis (makan, minum), aman nyaman, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri.

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan yang paling dasar untuk dipenuhi karena meliputi hal-hal yang vital bagi kelangsungan

hidup. Yang termasuk ke dalam kebutuhan fisiologis yaitu : makan, minum, kebutuhan aktivitas, kebutuhan tidur, dan bernapas, Selain pemenuhan nutrisi, kebutuhan fisiologis juga mencakup pakaian, tempat tinggal, dan kehangatan.

b. Kebutuhan aman nyaman (*Security and safety needs*)

Pada tingkat kedua ini, kebutuhan menjadi sedikit lebih kompleks, di mana kebutuhan akan rasa aman dan keselamatan menjadi yang utama. Manusia ingin suatu kontrol dan ketertiban dalam hidupnya. Beberapa kebutuhan dasar manusia akan rasa aman dan keselamatan yaitu: keamanan keuangan, kesehatan dan kebugaran, serta keamanan dari kecelakaan dan cedera. aman, kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya. Perubahan dan lainnya.

c. Kebutuhan kasih sayang dan rasa memiliki

Kedua kebutuhan dasar manusia tersebut terpenuhi, maka munculah kebutuhan akan kasih sayang dan rasa memiliki

d. Kebutuhan penghargaan (*Esteem needs*)

Maslow membagi tingkat ini menjadi dua kategori, yaitu kebutuhan harga diri yang berkaitan dengan martabat, prestasi, penguasaan, dan kemandirian. Kemudian, kebutuhan rasa hormat dari orang lain yang berkaitan dengan status, atensi, dan reputasi.

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Self-actualization needs*)

Kebutuhan aktualisasi diri berkaitan dengan keinginan untuk mewujudkan dan mengembangkan potensi dan bakat, mencari

pertumbuhan diri dan pengalaman, serta untuk menjadi segala sesuatu yang diinginkan. Pada tingkat ini, manusia akan melakukan yang terbaik sesuai kemampuannya.

Gambar 2.2
Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : Abraham Maslow (1950) dalam (Yuliani Endang, 2021)

Pada Pasien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah gangguan mobilitas fisik mengalami gangguan kebutuhan fisiologis, yaitu kebutuhan aktivitas. Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak di mana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan kehidupan. Tiap individu mempunyai pola atau irama dalam menjalani aktivitas. Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, *personal hygiene*, rekreasi, dan lain-lain. Dengan beraktivitas selain tubuh menjadi sehat, juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan (Nurwening & Herry, 2020).

Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) pada pasien dengan post op *Sectio Caesarea* pasien mengalami proses

pembedahan yang akan menimbulkan nyeri akibat insisi. Karena adanya nyeri ini pasien akan cenderung untuk bergerak lebih lambat. Rasa sakit akan membuat pasien enggan menggerakkan badan apalagi turun dari tempat tidur. Hal inilah yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi kurang baik (Ruwayda, 2015).

Peran Perawat dalam meningkatkan mobilisasi bertujuan untuk mengembalikan fungsi tubuh dan mempercepat pemulihan dalam aktivitas pasien post *Sectio Caesarea*, dengan mengedukasi, memotivasi, dan membantu dalam tahap mobilisasi sesuai dengan kemampuan setelah beberapa jam post operasi. (Mathematics, 2016) Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan yang berguna untuk membantu penyembuhan luka pada ibu post *Sectio Caesarea*. (Rottie & Saragih, 2019), manfaat dari dilakukannya mobilisasi dini akan dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan menyebabkan rasa nyeri pada luka operasi menurun dan proses penyembuhan luka menjadi cepat (Smeltzer, et al, 2010) dalam (Agustin, 2020). mobilisasi dini dapat dilakukan 6 jam pasca *Sectio Caesarea* dengan menggerakkan lengan, tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menekuk serta menggeser otot kaki, setelah 6-10 jam ibu diharuskan miring kanan dan kiri, setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat duduk, setelah ibu dapat duduk dianjurkan ibu belajar berjalan (Roslianti et al., 2020)

Pada pasien post *Sectio Caesarea* juga kemungkinan akan mengalami gangguan fisiologis yaitu kebutuhan istirahat dan tidur. Gangguan Pola Tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).menurut marmi (2014), kualitas tidur yang buruk pada ibu Post SC disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya nyeri, ketidaknyamanan pada kandung kemih, dan gangguan bayi kualitas tidur yang buruk akan berdampak negatif pada proses pemulihan ibu Post SC diantaranya adalah berkurangnya jumlah air susu ibu, memperlambat proses involusi uterus, menimbulkan depresi,

ketidakmampuan dalam merawat bayi dan dirinya sendiri. maka dari itu peran perawat sangat dibutuhkan dalam pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur ini. salah satu cara yang dapat digunakan yaitu dengan teknik nonfarmakologis berupa relaksasi. (Anninah & Pardosi, 2020).

Pasien dengan *Sectio Caesarea* juga kemungkinan akan mengalami gangguan fisiologis dalam kebutuhan eliminasi yaitu konstipasi. Konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas, serta feses kering, dan banyak. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Konstipasi merupakan masalah yang sering kali terjadi pada ibu post SC .hal ini terjadi karena penurunan tonus otot abdomen dan akibat pengaruh progesteron pada otot polos. kurangnya asupan makanan dan dehidrasi setelah persalinan berperan dalam terjadinya konstipasi (Solehati & Kosasih, 2015) dalam (Marita, 2020)

Pada Pasien *Sectio Caesarea* juga mengalami gangguan psikologis yaitu pemenuhan kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman.

1. Menyusui tidak efektif

Pada pasien post *Sectio Caesarea* kemungkinan masalah yang timbul adalah ketidakefektifan dalam menyusui. Menyusui tidak efektif merupakan kondisi di mana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran dalam proses menyusui (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Menurut Kodrat (2010) Faktor penghambat dalam pemberian ASI adalah produksi ASI itu sendiri. Selain hormon prolaktin, proses laktasi juga bergantung pada hormon oksitosin. Produksi hormon oksitosin ini dapat menurun karena kondisi psikologis ibu yang mengalami adaptasi post partum yang dapat mempengaruhi perasaan ibu sehingga ASI tidak dapat keluar segera setelah melahirkan. (Mas'adah & Rusmini, 2015).

Dampak yang terjadi apabila ASI tidak keluar dengan lancar yaitu: saluran ASI tersumbat (*obstructed duct*), payudara bengkak, mastitis, dan bayi kurang suka menyusu akibat aliran ASI yang kurang lancar. Jika air susu jarang dikeluarkan, maka air susu akan mengental sehingga menyumbat lumen saluran (Sulistyawati, 2009) dalam

(Fatmawati et al., 2019). Salah satu cara untuk melancarkan dalam proses menyusui dengan melakukan perawatan payudara secara teratur yang bertujuan untuk melancarkan sirkulasi dan mencegah tersumbatnya aliran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI serta menghindari terjadinya pembengkakan dan kesulitan menyusui, selain itu juga menjaga kebersihan payudara agar tidak mudah terkena infeksi. (Mas'adah & Rusmini, 2015).

2. Kebutuhan *Personal Hygiene*

Sebagian pasien yang menjalani proses persalinan *Sectio Caesarea* begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan. karena setelah persalinan *Sectio Caesarea*, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu lebih memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, yang membuat ibu enggan bergerak dan membuat berkurangnya minat dalam melakukan *activity daily leaving* secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan *personal hygiene* seperti mandi, *oral hygiene*, eliminasi, dan berhias sehingga membutuhkan bantuan baik dari perawat maupun keluarga (Lena et al., 2018).

3. Nyeri Akut

Pada pasien post *Sectio Caesarea* akan mengalami gangguan rasa nyaman (nyeri) akibat insisi pembedahan. Nyeri Akut adalah 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 dari 3 bulan. (PPNI, 2016). Menurut Hutahaean (2009), Dampak fisik atau fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca *Sectio Caesarea* adalah nyeri sebagai akibat adanya torehan jaringan yang menyebabkan kontinuitas jaringan terputus. Rasa nyeri yang dirasakan biasanya membuat pasien merasa tidak nyaman karena pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri tersebut harus diatasi

sesuai dengan manajemen nyeri, karena ketidaknyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. (Megawahyuni et al., 2018).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian Asuhan Keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan, merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan pasien. (Suarni, L., & Apriyani, 2017) data pengkajian yang ada pada pasien post *Sectio Caesarea* menurut (PPNI, 2016) adalah:

- a. Mengeluh sulit bergerak
- b. Nyeri saat beraktivitas
- c. Cemas saat bergerak
- d. Enggan untuk melakukan pergerakan
- e. Kekuatan otot menurun
- f. Rentang gerak ROM Menurun
- g. Gerakan terbatas
- h. Fisik tampak lemah
- i. Pasien mengatakan minat dalam perawatan diri berkurang
- j. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- k. Asi Tidak Menetes
- l. Payudara membengkak
- m. Mengeluh nyeri pada luka operasi
- n. Mengeluh Sulit Tidur
- o. Tampak meringis
- p. Frekuensi nadi meningkat
- q. Tekanan darah meningkat
- r. Tampak gelisah
- s. Belum bisa BAB

- t. BAB lama dan sulit
- u. Terdapat penurunan peristaltic

Menurut (Noya, 2019) data pengkajian pasien post *Sectio Caesarea* dengan masalah gangguan mobilitas fisik akan ditemukan data:

- a. Nyeri saat bergerak
- b. Cemas saat bergerak
- c. Enggan untuk bergerak

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk meunliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan SDKI 2016 diagnosa yang muncul pada pasien *Sectio Caesarea* adalah :

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea*

1.	Diagnosa	Penyebab	Tanda dan Gejala
	Gangguan Mobilitas fisik	Nyeri	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit untuk bergerak Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak ROM Menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan Melakukan Pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik tampak lemah

1	2	3	4
2.	Defisit perawatan diri	Kelemahan	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Menolak menolak perawatan diri Objektif 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri berkurang. Gejala dan Tanda Minor Subjektif Tidak tersedia Objektif Tidak tersedia
3.	Menyusui Tidak Efektif	Payudara Bengkak	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Kelelahan Maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada ibu 2. ASI tidak memancar/menetes 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan /Lecet terus menerus setelah minggu kedua Gejala dan Tanda Minor Subjektif Tidak tersedia Objektif 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui.
4.	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis.waspada.posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Tanda dan Gejala Minor Subjektif Tidak tersedia Objektif 1. Tekanan darah meningkat

1	2	3	4
			2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses fikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
5.	Gangguan Pola Tidur	Kurang Kontrol Tidur	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif Tidak tersedia Gejaladan Tanda Minor Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif Tidak tersedia
6.	Konstipasi	Penurunan motilitas gastrointestinal	Gejala dan Tanda Mayor 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit Objektif 1. Feses keras 2. Peristaltik usus menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Mengejan saat defekasi Objektif 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada fekal

3. Rencana Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diganosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien (Suarni, L., & Apriyani, 2017).

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan Pasien post operasi *Sectio Caesarea*

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan Ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kaku sendi menurun 6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 7. Keterbatasan fisik 8. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah dalam melakukan mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur) <p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon verbal dan non verbal 4. Identifikasi faktor yang dapat memperberat serta faktoryang memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan kualitas hidup 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

1	2	3	4
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik Non Farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupessure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, 2. kompres hangat/dingin, terapi bermain, relaksasi napas dalam.) 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, cahaya, kebisingan) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Anjurkan menggunakan analgetik yang tepat 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi Pemberian Analgetik, <i>jika perlu</i>
2	Defisit Perawatan diri	<p>Perawatan Diri (L.11103) Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat (BAB/BAK) 4. Verbalisasi keinginan` perawatan diri meningkat 5. Kemampuan mandi meningkat 6. Kemampuan mengenakan pakaian 	<p>Dukungan Perawatan diri (I1348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Teurapetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan lingkungan yang teurapetik (mis.suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu untuk melakukan perawatan diri

1	2	3	4
			<p>6. Siapkan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>7. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>8. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>9. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>10. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu untuk melakukan perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>
3	Menyusui Tidak efektif	<p>Status Menyusui (L.02029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kriteria Hasil 2. Pelekatan bayi pada payudara ibu membaik 3. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 4. Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam membaik 5. Tetesan /pancaran ASI adekuat membaik 6. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan membaik 7. Kepercayaan diri ibu membaik 8. Bayi tidur setelah menyusu membaik 9. Payudara ibu kosong setelah menyusui membaik 10. Berat badan bayi membaik 11. Intake bayi membaik 12. setelah menyusu menurun Hisapan bayi membaik 13. Lecet pada puting menurun 	<p>Edukasi Menyusui (L.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Berikan kesempatan ibu untuk bertanya 3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri ketika menyusui 4. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat. 5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 6. Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI dan pijat payudara) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan empat posisi menyusui dan pelekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan minyak kelapa yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin.)

1	2	3	4
		14. Kelelahan maternal menurun 15. Bayi rewel menurun 16. Bayi menangis menurun	
4.	Nyeri Akut	Tingkat Nyeri (L.08006) Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Sikap protektif menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaforesis menurun 9. Perasaan depresi tertekan menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Perineum terasa tertekan menurun 13. Uterus teraba membulat menurun 14. Ketegangan otot menurun 15. Pupil dilatasi menurun 16. Muntah menurun. 17. Mual menurun 18. Frekuensi nadi membaik 19. Tekanan darah membaik 20. Proses pikir membaik 21. Fokus membaik 22. Fungsi berkemih membaik 23. Nafsu makan membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon verbal dan non verbal 4. Identifikasi faktor yang dapat memperberat serta faktor yang meringankan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan kualitas hidup 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupressure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, relaksasi napas dalam.) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, ruangan, cahaya, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

1	2	3	4
		24. Pupil dilatasi menurun 25. Muntah menurun. 26. Mual menurun 27. Frekuensi nadi membaik 28. Tekanan darah membaik 29. Proses pikir membaik 30. Fokus membaik 31. Fungsi berkemih membaik 32. Perilaku membaik 33. Nafsu akan membaik 34. Pola tidur membaik	Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5. Anjurkan menggunakan analgetik yang tepat 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi Pemberian Analgetik, <i>jika perlu</i>
5.	Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur (L.05045) Kriteria Hasil 1. Kemampuan beraktivitas membaik 2. Keluhan sulit tidur membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik 4. Keluhan pola tidur membaik 5. Keluhan istirahat tidak cukup berubah.	Dukungan Tidur (I.06174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap

1	2	3	4
			<p>NREM</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
6.	Konstipasi	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Frekuensi BAB membaik 6. Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat guna membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil sesuai dengan 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 pasien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku pasien yang tampil. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017). Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (planning) yaitu tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.