BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

   Sectio caesarea berasal dari bahasa latin "*caedere*" yang berarti memotong atau menyayat. Istilah itu disebut dalam ilmu obstetrik mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut ibu (Anggorowati & Sudiharjani, 2018)

   Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Juliathi et al., 2021)

   Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Juliathi et al., 2021)

   Beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh.

2. Etiologi

Menurut Falentina (2019), penyebab *sectio caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Chepalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas *Sectio Caesarea* sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

3. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Solehati (2017), terdapat dua jenis *Sectio Caesarea* yaitu:

a. *Sectio Caesarea* Klasik atau Korporal

Ciri dari *sectio caesarea* klasik ini adalah dengan panjang sayatan kira-kira 10 cm yang memanjang pada korpus uteri.

b. *Sectio Caesarea* Transperitonealis Profunda

Cirinya adalah sayatan yang melintang konkaf di segmen bawah rahim yang panjangnya kira-kira 10 cm.

Selain itu, terdapat juga jenis *sectio caesarea* yang lain, yaitu:

a. *Sectio Caesarea* Ekstra Peritonal

Sectio caesarea jenis ini dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi perporal. Akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap injeksi pembedahan ini sekarang tidak lagi banyak dilakukan.

b. *Sectio Caesarea* Hysteroctomi

Tindakan ini dilakukan pada indikasi Atonia Uteri, Plasenta Accrete, Myoma Uteri, infeksi intra uteri berat.

4. Patofisiologi

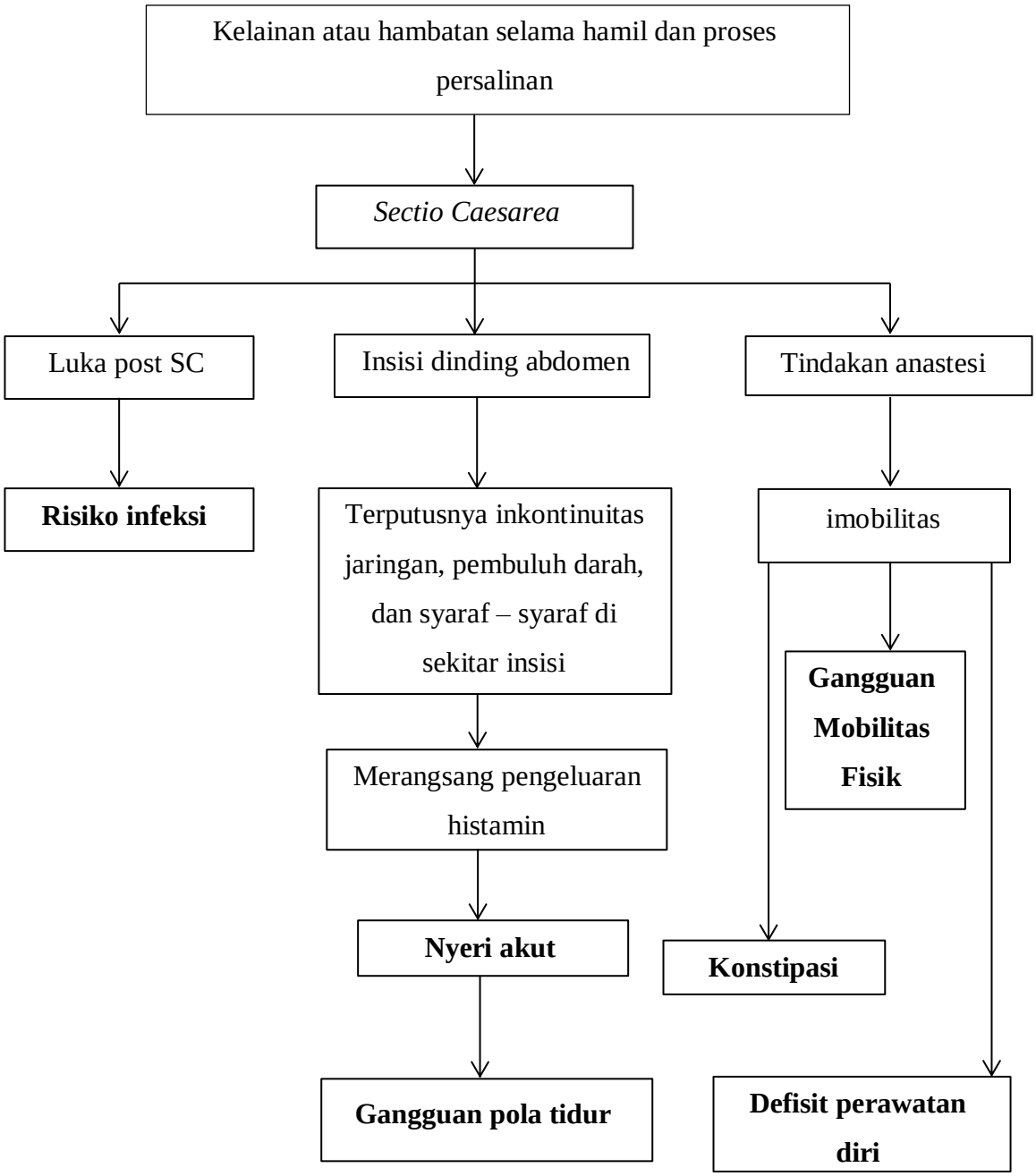
Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang mengakibatkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam partus lama, partus tidak maju, preeklamsia dan malpresentasi janin. Kondisi ini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

Dalam proses operasi dilakukan tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami kelemahan dan sulit menggerakkan ekstremitas sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Akibat dari gangguan mobilitas fisik akan terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan mobilitas cerna mengalami penurunan yang menyebabkan masalah konstipasi. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akibat pengaruh anastesi menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri.

Dalam proses pembedahan, dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan syaraf – syaraf di sekitar daerah insisi. Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menyebabkan nyeri, akibat nyeri yang sering dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur dan terjadi masalah gangguan pola tidur.

Setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang tidak dirawat dengan baik menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah resiko infeksi. (Mitayani, 2012)

Pathway



(Mitayani, 2012)

5. Manifestasi klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melelui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawaan post operatif. Doenges (2010) mengemukakan, manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi:

a) Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
b) Adanya luka insisi dibagian abdomen
c) Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
d) Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
e) Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama porses pembedahan
f) Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
g) Rata-rata terpasang kateter urinarius
h) Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
i) Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
j) Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
k) Biasanya ada kekurangpahaman prosedur pada kelahiran *Sectio Caesarea* yang tidak direncanakan
l) Pada anak yang baru dilahirkan akan dibonding dan attachment

6. Pemeriksaan penunjang

a) Hemogblobin atau hematocrit (HB/Ht) 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, waktu pembekuan darah
d) Urinalisis / kultur urine
e) Pemeriksaan elektrolit

7. Penatalaksanaan

a) Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi.

c) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap berupa miring kanan dan kiri dan dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.Hari pertama post operasi pasien dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam dan menghembuskannya, posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semifowler.

d) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada pasien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan.Kateter biasanya terpasang 24-48 jam/ lebih lama tergantung jenis operasi.

e) Pemberiaan Obat-Obatan

- Antibiotic
- Analgetik
- Obat-obatan lainnya

f) Perawatan luka

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

g) Pemeriksaan tanda – tanda vital

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi,dan pernafasan.

h) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompesi, biasanya mengurangi rasa nyeri

8. Komplikasi

Komplikasi utama persalinan seksio cesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinasia dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio cesarea dibandingkan persalinan pervagina (Rasjidi, 2009)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Pengertian

Manusia memiliki banyak seklai kebutuhan yang harus dipenuhi, baik yang fisiologis atau psikologis. Menurut Abraham Maslow, seorang psikologis yang mengembangkan teori kebutuhan dasar manusia, kita perlu memahami bahwa manusia selalu berkembang, kebutuhan tertinggi tidak akan terpenuhi jika kebutuhan terendahnnya belum terpenuhi. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang lebih dikenal sebagai Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a) Kebutuhan Fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia meliputi kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh, dan kebutuhan seksual.
b) Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis.
c) Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, dan mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.
d) Kebutuhan harga diri meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
e) Kebutuhan aktualisasi diri meliputi dapat mengenali diri sendiri dengan baik, belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, serta berkontribusi pada orang lain/lingkungan dan mencapai profesi diri sepenuhnya.

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, jika diselaraskan dengan kasus post *sectio caesarea* maka pasien mengalami gangguan kebutuhan dasar yaitu kebutuhan istirahat dan tidur :

1. Konsep Dasar Kebutuhan Istirahat dan Tidur Pada Ibu Post *Sectio Caesarea*
   a. Definisi

      Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia yang merupakan mekanisme untuk memulihkan tubuh dan fungsinya, memelihara energi dan kesehatan, memelihara manfaat untuk memperbaharui

& memulihkan tubuh baik secara fisik maupun emosional serta diperlukan untuk bertahan hidup (Foreman & Wykle, 1995).

Tidur suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih. Beberapa ahli tidur yakin bahwa perasaan tenaga yang pulih ini menunjukkan tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyembuhan sistem tubuh untuk periode keterjagaan yang berikutnya (Potter & Perry, 2005). Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal.

b. Penyebab Gangguan Pola Tidur

Adapun penyebab yang dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan pola tidur (PPNI, 2017) yaitu :

1) Hambatan lingkungan yang terdiri dari :
   - Kelembapan lingkungan sekitar
   - Suhu lingkungan
   - Pencahayaan
   - Kebisingan
   - Bau yang tak sedap
   - Jadwal pemantauan atau pemeriksaan atau tindakan
2) Kurang kontrol tidur
3) Kurang privasi
4) Ketiadaan tempat tidur
5) Tidak familiar dengan peralatan tidur

Adapun penyebab yang dapat menyebabkan seorang ibu post *sectio caesarea* mengalami gangguan pola tidur dengan adanya penambahan anggota baru yaitu bayi, tuntutan anggota baru, dan

bayi menangis sehingga menyebabkan ibu sulit untuk tidur (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Fisiologi tidur

Tidur dalah sebuah mekanisme fisiologi tubuh yang diatur oleh dua hal, yaitu *sleep homeostasis* dan irama sirkardian. *Sleep homeostasis* adalah kondisi di mana tubuh mempertahankan keseimbangannya seperti tekanan darah, suhu tubuh, dan keseimbangan asam-basa. Jumlah tidur dalam semalam diatur oleh sistem ini. Saat kita bangun, pengaturan keseimbangan tidur mulai terakumulasi sampai sore hari. Menurut penelitian, salah satu yang mempengruhi sistem ini adalah adenosin. Ketika terjaga, kadar adenosin dalam darah terus meningkat sehingga mengakibatkan rasa ingin tidur juga bertambah. Sebaliknya, saat tertidur kadar adenosin menurun (National Sleep Foundation, 2006).

Tahapan tidur dapat diklasifikasikan menjadi dua bagian yaitu *Rapid Eye Movement* (REM) dan *Non Rapid Eye Movement* (NREM).

Tidur REM merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial yang ditandai dengan mimpi yang bermacam-macam, otot- otot yang meregang, kecepatan jantung dan pernafasan tidak teratur (sering lebih cepat), perubahan tekanan darah, gerakan otot tidak teratur, gerakkan mata cepat, pembebasan steroid, sekresi lambung meningkat dan ereksi penis pada pria. Saraf-saraf simpatetik bekerja selama tidur REM, diperkirakan terjadi proses penyimpanan secara mental yang digunakan sebagai pelajaran, adaptasi psikologis dan memori (Lehmann *et al*. 2016).

Saat tidur NREM gelombang otak makin lambat dan teratur. Tidur makin dalam serta pernafasan menjadi lambat dan teratur. Mendengkur terjadi pada waktu tidur NREM. Ada 4 tahapan dalam NREM yang dikenal dengan tahap I,II, III dan IV. Tidur yang paling dalam adalah

pada tingkat IV, dan aktivitas listrik paling dalam (W., 2010).

3. Tanda dan Gejala Gangguan Pola Tidur

Klien yang mengalami gangguan pola tidur biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut : (PPNI, 2017)

a. Gejala dan Tanda Mayor
   - Secara subjektf klien mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.
   - Secara objektif tidak tersedia gejala mayor dari gangguan pola tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor
   - Secara subjektif klien mengeluh kemampuan beraktifitas menurun
   - Secara objektif tidak tersedia gejala minor dari gangguan pola tidur.

4. Waktu Tidur

Pada ibu nifas dengan post *sectio caesarea* memerlukan waktu tidur yang cukup untuk memulihkan keadaan kesehatannya, dimana waktu yang diperlukan oleh ibu post *sectio caesarea* yaitu 8 jam pada waktu malam hari dan 1 jam pada waktu siang hari.

5. Dampak Gangguan Pola Tidur

Pada masa nifas, setelah melakukan persalinan dengan tindakan pembedahan *sectio caesarea* sebaiknya ibu tidur dengan waktu yang cukup, kurangnya tidur pada ibu post *sectio caesarea* akan mempengaruhi beberapa hal, yaitu :

a. Mengurangi jumlah produksi ASI (Air Susu Ibu)
b. Memperlambat proses involusio uterus dan meningkatkan perdarahan

c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan lima tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017). Adapun pengkajian pada ibu post *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 aktifitas perawatan diri secara mandiri (Mitayani, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

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

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2016). Data yang diperoleh dari Pengkajian ditegakkan diagnosa keperawatan untuk klien post *sectio caesarea*, kemungkinan diagnosa yang muncul terkait dengan kebutuhan istirahat adalah

a. Gangguan pola tidur
b. Gangguan mobilitas fisik
c. Defisit perawatan diri
d. Nyeri akut
e. Konstipasi
f. Resiko infeksi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan tahap ketiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Bararah,2016). Rencana keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* dengan Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur Post Sectio Caesarea Terhadap Ny. T di Ruang Kebidanan RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 28 Februari – 2 Maret 2022

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	*2*	*3*
Gangguan Pola Tidur	**Pola Tidur** Dengan kriteria hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Kebutuhan istirahat ibu tercukupi	**Dukungan Tidur** **Observasi :** – Identifikasi pola aktivitas dan tidur – Identifikasi faktor pengganggu tidur – Identifikasi makanan dan minuman yang menganggu tidur **Terapeutik :** – Modifikasi lingkungan tidur – Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur – Tetapkan jadwal tidur rutin – Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan **Edukasi :** – Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit – Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang menganggu tidur

1	*2*	*3*
		– Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
Gangguan Mobilitas Fisik	**Mobilitas Fisik** a. Pergerakan ekstermitas meningkat b. Nyeri menurun c. Kecemasan menurun d. Kelemahan fisik menurun	**Dukungan Mobilisasi** **Observasi** - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakkan - Monitor tanda-tanda vital - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakkan **Edukasi** - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini (latihan miring kanan miring kiri) dan ROM - Ajarkan mobilisasi sederhana mis. Duduk ditempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan.

1	*2*	*3*
Defisit perawatan diri	**Perawatan diri** Dengan kriteria hasil : a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	**Dukungan perawatan diri** **Observasi** – Identifikasi perawatan diri sesuai usia – Monitor tingkat kemandirian **Terapeutik** – Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) – Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri – Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
Nyeri akut	**Tingkat Nyeri** Dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Tidak tampak ekspresi meringis c. Tidak mengalami kesulitan tidur d. Sikap protektif terhadap nyeri menurun	**Manajemen Nyeri** Observasi : – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi respon nyeri non verbal – Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

1	*2*	*3*
		Terapeutik : – Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hipnosis, terapi musik, terapi pijat) – Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) – Fasilitasi istirahat dan tidur **Edukasi :** – Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri – Jelaskan strategi meredakan nyeri – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri – Anjurkan monitor nyeri secara mandiri **Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian analgetik
Konstipasi	**Eliminasi Fekal** Dengan kriteria hasil: a. Peristaltik usus membaik b. Frekuensi BAB membaik	**Manajemen Konstipasi** **Observasi :** – Periksa tanda dan gejala konstipasi – Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi,

1	*2*	*3*
		– bentuk, volume, dan warna) – Monitor tanda dan gejala rupture usus /peritonitis **Terapeutik :** – Anjurkan diet tinggi serat – Lakukan masage abdomen – Berikan enema atau irigasi **Edukasi :** – Anjurkan peningkatan asupan cairan – Latih buang air besar secara teratur – Ajarkan cara mengatasi konstipasi **Kolaborasi :** Kolaborasi penggunaan obat pencahar
Resiko infeksi	**Tingkat infeksi** Dengan kriteria hasil : a. Nyeri menurun b. Kemerahan menurun	**Pencegahan infeksi** **Observasi** – Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik **Terapeutik** – Berikan perawatan kulit pada area edema – Pertahankan teknik aseptik pada

1	*2*	*3*
		pasien beresiko tinggi **Edukasi** – Jelaskan tanda dan gejala infeksi – Ajarkan mencuci tangan dengan benar – Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi **Kolaborasi** – Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

   Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang sesuai dengan yang direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis atau kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain, sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan di dasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas kesehatan lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

   Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan pada setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi merupakan hasil perkembangan ibu dan pedoman kepada hasil dari tujuan yang hendak dicapai, diidentifikasi sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon prilaku klien (Mitayani, 2012).

   Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objektive 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 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)