

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Operasi *caesar* atau sering disebut dengan *sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram(Wiknjosastro, Saifuddin, & Rachimhadhi, 2002).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.*Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat. (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

Sectio caesarea ialah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. Cara ini jauh lebih aman dari pada dahulu, berhubung dengan adanya antibiotika , transfusi darah, teknik operasi yang lebih sempurna, dan anastesi yang lebih baik. Karena itu kini ada kecenderungan untuk melakukan *sectio caesarea* tanpa dasar yang cukup kuat , dalam hubungan ini perlu diingat bahwa seorang ibu yang telah mengalami pembedahan itu merupakan seorang yang mempunyai parut dalam uterus, dan tiap kehamilan serta persalinan berikut

memerlukan pengawasan yang cermat berhubung dengan bahaya ruptur uteri.

Sectio caesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009). *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru Sofian, 2012). *Caesar* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan dengan dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998 dalam Siti, dkk 2013).

Bedah *caesar* adalah operasi untuk mengeluarkan bayi lewat perut ibu. Anda bisa menghadapinya dalam keadaan sadar dan menyambut kedatangan si bayi dengan didampingi ayahnya. (Salah satu Rumah Sakit di Inggris bahkan memutar musik untuk membantu si ibu rileks pada saat melakukan ini). Metode melahirkan tidak penting dibandingkan dengan memiliki bayi yang sehat. Itulah biasanya yang dirasakan para ibu yang mengalami keguguran dan kesulitan dalam pembuahan (Smith & Trisha, 1992). Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan dengan lancar dan dapat melahirkan bayi dengan sempurna. Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang lebih dikenal dengan persalinan alami dan persalinan *caesarea* atau *sectio caesarea* yaitu tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dengan berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro, Saifuddin, & Rachimhadhi, 2002).

2. Klasifikasi

Klasifikasi *sectio caesarea* menurut (Hary Oxom dan William R. Forte, 2010).

a. Segmen bawah : insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun

rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

b. Segmen bawah : insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

c. *Sectio caesarea klasik*

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak diperimbangkan lagi untuk mengerjakan *sectio caesarea klasik*. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

d. *Sectio caesarea extraperitoneal*

Pembedahan *extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Extraperitoneal*, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton, T. Teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

e. *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-

sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

3. Indikasi dan kontra indikasi

Indikasi *sectio caesarea* ada dua yaitu indikasi bagi ibu dan janin:

a. Indikasi pada ibu:

- 1) Panggul sempit
- 2) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
- 3) Preeklamsi dan Hipertensi
- 4) Plasenta previa lokasis dan lateralis
- 5) Dis proporsi cevalo pelvik
- 6) Rupture uteri
- 7) Distorsia
- 8) Partus tidak maju

b. Indikasi janin

- 1) Kelainan letak
- 2) Gawat janin
- 3) Janin besar.

Kontra Indikasi

- 1) Janin mati
- 2) Syok
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat (monster) (Sarwono, 1991).

4. Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

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

b. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau *forceps ekstraksi* (Nurarif & Hardhi, 2015).

5. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek fisiologi 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 gangguan rasa nyaman.

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortalitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang

ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Saifuddin, Mansjoer & Prawirohardjo, 2011).

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker & Martin, 1998).

7. Penatalaksanaan

- a. Harus dilakukan di Rumah Sakit dengan fasilitas operasi. Sebelum dirujuk anjurkan pasien untuk:
 - 1) Tirah baring total dengan menghadap kakiri
 - 2) Tidak melakukan senggama
 - 3) Menghindari peningkatan tekanan rongga perut (misalnya : batuk, mengedan karena sulit buang air besar).
 - 4) Pasang infus.
- b. Analgesik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
- c. Pemberian tranfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
- d. Memeriksa tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi, dan keadaan fundus harus diperiksa.
- e. Terapi cairan dan Diit.
- f. Ambulasi
- g. Perawatan Luka

h. Perawatan Payudara

i. Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah Sectio Caesarea efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan (Mansjoer, 2001).

8. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan *sectio caesarea* adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi *sectio caesarea*, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada *sectio caesarea* juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

Komplikasi lainnya yang terjadi pada pembedahan *sectio caesarea* antara lain : Perdarahan yang menyebabkan shock hipovolemik, infeksi luka insisi, Tromboemboli (pembekuan darah balik), emboli paru (penyumbatan pembuluh darah) dan Resiko rupture uteri pada persalinan berikutnya (Sukowati & Umi, 2011).

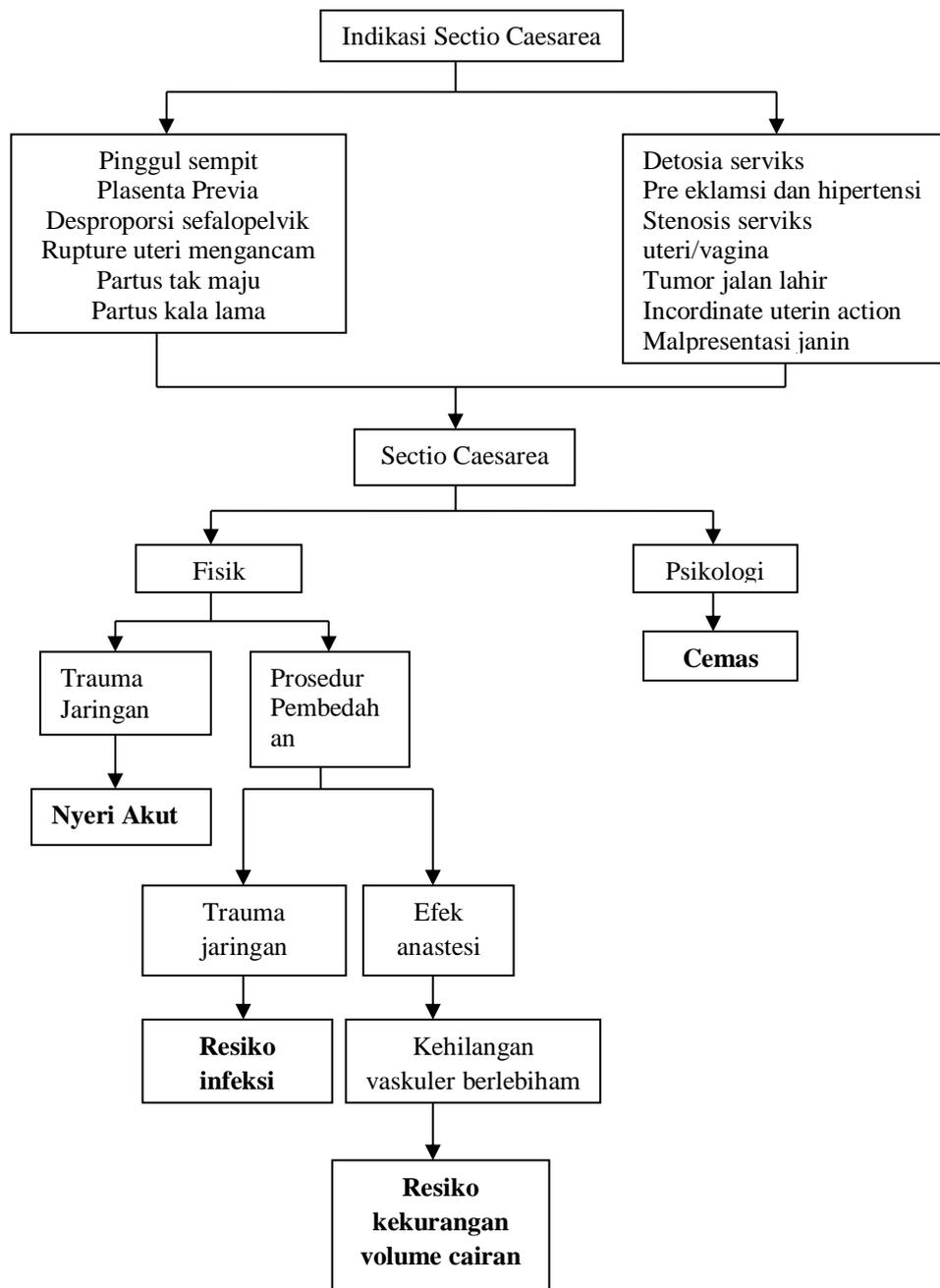
Komplikasi secara psikologi yang sering di alami adalah perasaan kecewa dan merasa bersalah terhadap pasangan dan anggota keluarga lainnya, takut, marah, frustrasi karena kehilangan kontrol dan harga diri rendah karena perubahan body image serta perubahan dalam fungsi seksual (Bobak, Lowdermik, dan Perry, 2000 dalam buku model konsep dan teori keperawatan, 2010).

Untuk mengurangi terjadinya komplikasi akibat pembedahan *sectio caesarea*, dengan dilakukan perawatan yang optimal dari seorang perawat adalah pemberian analgesik sesuai resep dokter, melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri seperti pemberian kompres panas pada abdomen dan tehnik relaksasi. Untuk perawatan sehari-hari dilakukan perawatan

perineum, perawatan payudara, perawatan higienis, mengukur tanda-tanda vital. Dalam memenuhi kebutuhan psikologis, perawat dapat menginformasikan pada klien dan keluarga tentang prosedur pasca dilakukan *sectio caesarea* dan dapat menginformasikan dan membantu dalam melakukan perawatan bayi dalam memfasilitasi peran ibu. Jika hal itu tidak dilakukan dapat berakibat fatal (Bobak, Lowdermik, & Perry, 2000).

Hal yang sangat mempengaruhi atau komplikasi pasca operasi yaitu infeksi jahitan pasca *sectio caesarea*, infeksi ini terjadi karena banyak factor, seperti infeksi intrauteri, adanya penyakit penyerta yang berhubungan dengan infeksi misalnya, abses tuboofaria, apendiksitis akut/perforasi. Diabetes mellitus, gula darah tidak terkontrol, kondisi imunokompromised misalnya, infeksi HIV, tiberkulosi atau sedang mengkonsumsi kortikosteroid jangka panjang, gizi buruk, termasuk anemia berat, sterilisasi kamar operasi dan atau alat tidak terjaga, alergi pada materi benang yang digunakan dan kuman resisten terhadap antibiotic. Akibat infeksi ini luka bekas *sectio caesarea* akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan buat abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2012).

10. Pathway Sectio Caesarea

Gambar 2.1*Pathway sectio caesarea*

Sumber : (Judith , 2007)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologi maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayati, A. Aziz Alimul, Uliyah, Musrifatul, 2014).

Dalam buku (Mubarak, Iqbal W, 2007), menurut Abraham Maslow terdapat 5 tingkatan kebutuhan manusia, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologis, merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki 8 macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigenasi dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual

2. Kebutuhan Rasa aman dan nyaman

Rasa aman adalah aman dari berbagai aspek. Baik fisiologi, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi : kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi, Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

Kebutuhan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya (Keliat dkk, 2015). Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor ngeluh nyeri (PPNI, 2016).

Menurut (Mardella, Ester, Riskiyah, & Mulyaningrum, 2013) Gangguan rasa nyaman di bagi menjadi 3, yaitu :

- a. Nyeri Akut adalah keadaan seseorang mengeluh tidak nyaman dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan enam bulan. Nyeri merupakan gangguan dari kebutuhan kenyamanan dimana pasien merasa nyeri merambat dan

dipersepsikan oleh individu yang dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem syaraf serta interpretasi stimulus.

- b. Nyeri Kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman karena adanya sensasi nyeri yang di rasakan dalam kurun waktu lebih dari enam bulan.
 - c. Mual adalah keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak.
3. Kebutuhan Rasa Cinta, memiliki dan dimiliki ini meliputi : Memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, dan mendapatkan tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.
 4. Kebutuhan Harga Diri, ini meliputi : perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
 5. Kebutuhan Aktualisasi Diri, ini meliputi : dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri). Belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yaitu membantu pasien (dari level individu hingga level masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan (Asmadi, 2008).

C. Proses Keperawatan Sectio Caesarea

Proses keperawatan adalah pendekatan ilmiah yang sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien, proses keperawatan juga merupakan proses pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ke tahap maksimum. Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan

berurutan dan berkesinambungan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, 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 status kesehatan klien (Suarni & Apriani, 2007).

Pada pasien post *sectio caesarea* hasil pengkajian yang dapat dijumpai, adalah :

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku, bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum tanda vital.

b. Data Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama (plasenta previa).

3) Riwayat kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan plasenta previa.

c. Data Sosial Ekonomi

Penyakit ini dapat terjadi pada siapa saja, akan tetapi kemungkinan dapat lebih sering terjadi pada penderita malnutrisi dengan sosial ekonomi rendah.

- d. Data Psikologis
 - 1) Pasien biasanya dalam keadaan labil
 - 2) Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya
 - 3) Harga diri pasien terganggu
- e. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta
 - 2) Pemeriksaan hemoglobin
 - 3) Pemeriksaan hematokrit

2. Diagnosa Keperawatan

Tahapan ini adalah kegiatan menyimpulkan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar yang dialami klien, dengan merumuskan dalam bentuk kalimat yang berstandar. (Suarni & Apriyani, 2017)

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

Data yang diperoleh dari pengkajian ditegaskanlah diagnosa keperawatan untuk pasien post *sectio caesarea*, kemungkinan diagnosa yang muncul adalah :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (pasca operasi)
- b. Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (Anastesi)
- c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri
- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak
- e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan
- f. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
- g. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- h. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam perumusan masalah ini harus menggunakan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari : perencanaan tujuan (*outcome*) dan perencanaan tindakan (*interventions*). Standar perencanaan dalam keperawatan adalah diantaranya adalah SLKI Dan SIKI

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan pada kasus Post Sectio Caesarea
(Berdasarkan buku SDKI, SLKI, SIKI)

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3
Nyeri Akut	Tingkat nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Nafsu makan membaik	Manajemen Nyeri : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6) Fasilitasi istirahat dan tidur 7) Jelaskan strategi meredakan nyeri 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9) Kolaborasi pemberian analgetik
Nausea	Tingkat Nausea : 1. Keluhan mual menurun 2. Nafsu makan meningkat 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik	Manajemen Mual : 1) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas, dan tidur) 2) Identifikasi faktor penyebab mual 3) Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat

		keparahan) 4) Monitor asupan makanan dan kalori 5) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tidak sedap) 6) Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 7) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 9) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengatasi mual
Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik : 1. Nyeri menurun 2. Kecemasan menurun 3. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6) Fasilitasi melakukan pergerakan 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).
Menyusui tidak efektif	Status Menyusui : 1. tetesan/pancaran ASI meningkat 2. suplai ASI adekuat meningkat 3. Payudara ibu kosong setelah menyusui 4. hisapan bayi meningkat 5. bayi menangis setelah menyusu menurun	Edukasi menyusui : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga dan tenaga kesehatan 3) Berikan konseling menyusui 4) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 5) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 6) Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI dan pijat payudara).

Defisit Perawatan Diri	Perawatan Diri : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) 4) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidakcukup menurun	Dukungan Tidur : 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
Ansietas	Tingkat Ansietas : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Frekuensi nadi membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Pola tidur membaik	Terapi Relaksasi : 1) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 3) Monitor respon terhadap terapi relaksasi 4) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman 5) Gunakan pakaian longgar 6) Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia 7) Anjurkan mengambil posisi nyaman 8) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
Resiko Infeksi	Tingkat Infeksi : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5) Jelaskan tanda dan gejala

		infeksi 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
Resiko Defisit Nutrisi	Status Nutrisi : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Diare menurun 4. Frekuensi makan membaik 5. Nafsu makan membaik 6. Bising usus membaik 7. Membran mukosa membaik	Manajemen Nutrisi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Monitor asupan makanan 5) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 7) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 8) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

4. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon , 1994, dalam Potter & Perry, 1997). Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana Asuhan Keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil.

Komponen tahap implementasi terdiri dari :

- a. Tindakan keperawatan mandiri.
- b. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter.
- c. Tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standar praktek *American Nurses Association*, undang-undang praktik keperawatan negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

- d. Tindakan keperawatan kolaboratif.
 - e. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.
 - f. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respons klien terhadap Asuhan Keperawatan.
 - g. Frekuensi dokumentasi tergantung pada kondisi klien dan terapi yang diberikan (Allen, Carol Vestal, 1998).
5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan, berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2007).

Tahap evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien keluar dari siklus proses keperawatan apabila kriteria hasil telah dicapai. Klien akan masuk kembali ke dalam siklus apabila kriteria hasil belum tercapai.

Komponen tahap evaluasi terdiri dari pencapaian kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan revisi atau terminasi rencana asuhan keperawatan (Allen, Carol Vestal, 1998). Pada evaluasi klien dengan post operasi sectio caesarea, kriteria evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Pasien akan mengungkapkan rasional untuk melahirkan sesar dan bekerjasama dalam persiapan prabedah.

- b. Nyeri diminimalkan/dikontrol dan pasien mengungkapkan bahwa ia nyaman.
- c. Pasien tidak mengalami kongesti pernafasan dan menunjukkan tak ada tanda dan gejala emboli pulmonal atau trombosis vena dalam selama perawatan di Rumah Sakit.
- d. Berkemih secara spontan tanpa ketidaknyamanan dan mengalami defekasi dalam 3 sampai 4 hari setelah pembedahan insisi bedah dan kering, tanpa tanda dan gejala infeksi, involusi uterus berlanjut secara normal.
- e. Klien mengungkapkan pemahaman tentang perawatan melahirkan sesar (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).