

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pengertian Sectio Caesarea

1. Definisi

Sectio Caesarea adalah suatu tindakan persalinan buatan untuk menolong proses persalinan dengan melakukan pembedahan pada dinding abdomen (*laparotomi*) dan dinding rahim (*histektomi*) untuk mengeluarkan janin dari perut ibu. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *Sectio Caesarea* (Noya, 2019).

Sectio Caesarea merupakan salah satu metode alternatif dalam persalinan manakala persalinan secara normal melalui jalan lahir tidak memungkinkan karena adanya masalah kesehatan pada ibu atau janin atau juga atas permintaan pasien sendiri. Pada tindakan ini upaya pengeluaran bayi dilakukan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus melalui pembedahan (Ayuningtyas dkk., 2018).

2. Klasifikasi

Berikut adalah beberapa klasifikasi *sectio Caesarea* menurut Ratnasari (2020)

a. Sectio Caesarea Klasik

Yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

b. Sectio Caesarea Transperitonel Profunda

Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

c. Histerektomi Caesarea

Yaitu bedah Caesarea diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

d. Sectio Caesarea Extraperitoneal

Yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

3. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Ratnasari (2020), operasi *sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut:

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *cefalo pelvic disproportion* (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre-eklamsia, atas permintaan, kehamilan dengan penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan lainnya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Meliputi fetal distress/gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

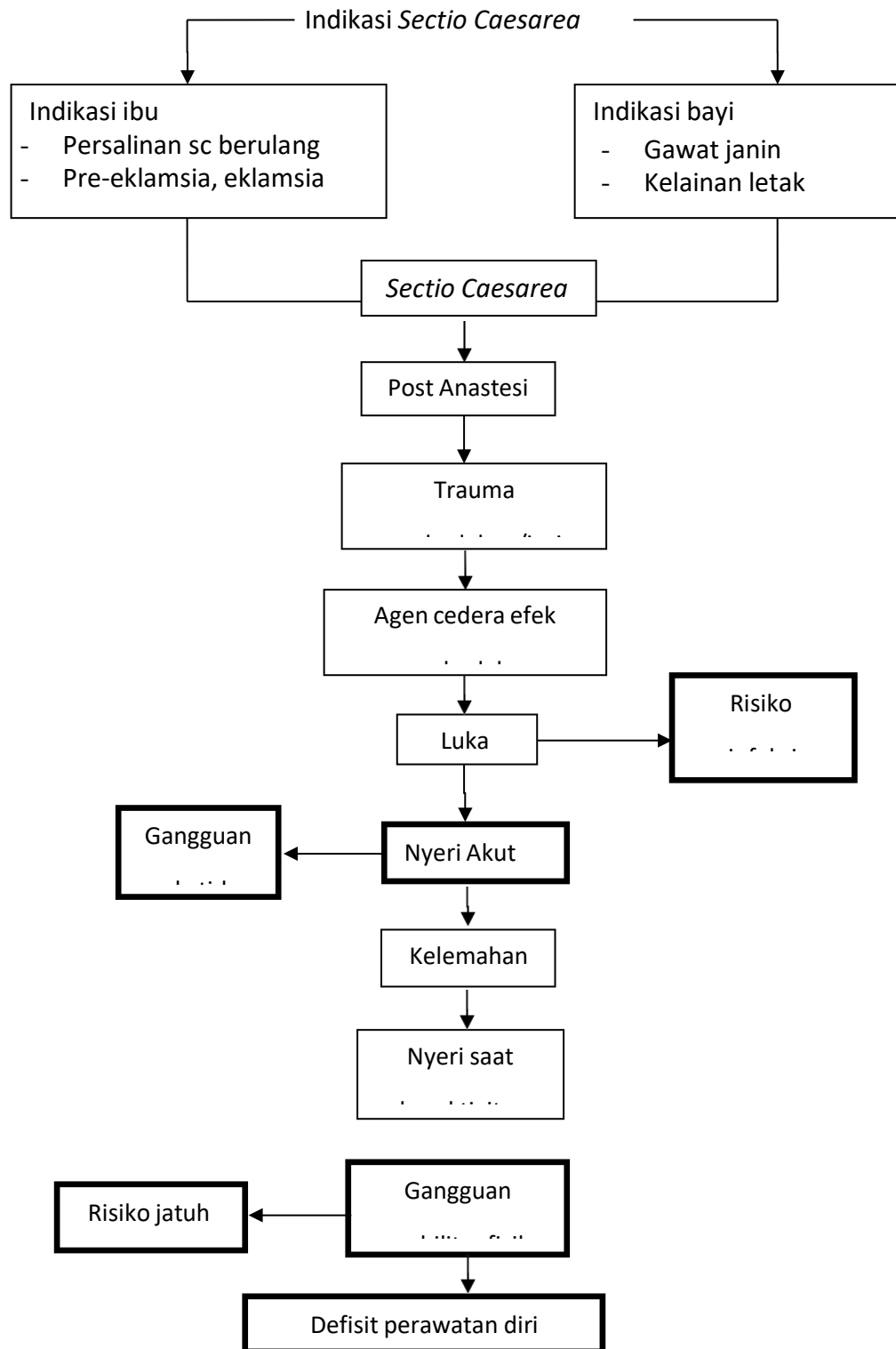
4. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gr dengan sayatan pada dinding perut dan dinding uterus, *Sectio Caesarea* diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal melalui vagina akibat adanya masalah pada kesehatan ibu seperti persalinan SC berulang, pre-eklamsia berat, eklamsia, plasenta previa, ketuban pecah dini dan masalah pada janin seperti *giant baby*, kelainan letak (Darmi & Hartaty, 2021).

Tindakan insisi pada dinding abdomen menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Nyeri timbul akibat pengeluaran histamin dan prostaglandin. Luka sayatan operasi apabila tidak dirawat dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi baik lokal ataupun sistemik pada pasien.

Pasien *post Sectio Caesarea* saat sadar dari anastesi akan mulai merasakan nyeri pada luka jahitan operasi, hal ini akan memengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang dianjurkan. Adanya rasa sakit akan membuat pasien cenderung membatasi aktivitas atau bahkan hanya berbaring. Keterbatasan rentang gerak dan perasaan takut dapat membuat pasien mengalami kekakuan sendi dan berisiko mengalami kejadian tidak diinginkan berupa jatuh. Keterbatasan gerak pada pasien *post Sectio Caesarea* juga membuat ibu tidak mampu beraktivitas mandiri sehingga timbul masalah *personal hygiene*. Nyeri yang dirasakan juga akan menyebabkan gangguan tidur (Mitayani, 2016).

Gambar 2.1
Pathway *Post Sectio Caesarea*



5. Komplikasi

Menurut NANDA NIC-NOC 2015 dalam Rahmadayanty (2019) *sectio caesarea* memiliki beberapa komplikasi diantaranya:

a. Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah terjadi gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal lainnya).

Perdarahan bisa timbul saat pembedahan jika cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. Komplikasi yang baru kemudian tampak adalah kuatnya perut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya dapat menyebabkan ruptur uteri. Hal ini banyak terjadi *post sectio Caesarea*.

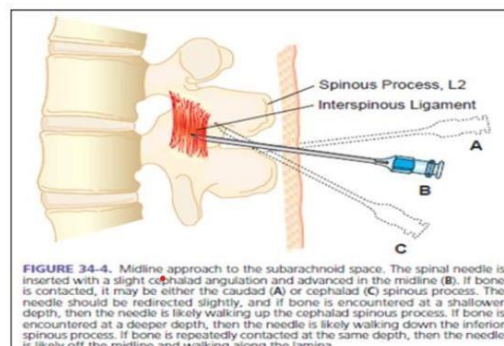
b. Komplikasi-komplikasi baru seperti luka kandung kemih dan embolisme paru

c. Komplikasi baru ialah kurang kuatnya jaringan pada dinding uterus sehingga risiko terjadinya ruptur uterus pada kehamilan berikutnya.

6. Anestesi Sectio Caesarea

Gambar 2.2

Lokasi Anestesi Spinal



Lokasi utama dari aksi blokade anestesi spinal adalah akar nervus.

Anestesi lokal disuntikkan dalam LCS dan menggenangi akar nervus

dalam ruang subarachnoid. Dalam anestesi spinal, konsentrasi LCS dari anestesi lokal dianggap memiliki efek kecil pada medulla spinalis. Teknik anestesi spinal merupakan teknik yang sederhana dan memudahkan visualisasi dari ketepatan jarum yang dimasukkan yakni dengan melihat cairan CSF yang keluar. Teknik anestesi spinal menghasilkan onset blokade yang cepat dibandingkan dengan teknik epidural. Dosis yang dibutuhkan untuk teknik anestesi spinal sangat kecil untuk mendapatkan blokade. Disamping itu, teknik anestesi spinal juga memiliki resiko terhadap ibu hamil yakni resiko toksisitas sistemik dari obat lokal anestesi yang diberikan, akan tetapi meminimalisir resiko transfer obat menuju bayi. Teknik anestesi spinal menghasilkan recovery pasca operasi yang cepat. Dengan beberapa keuntungan ini, teknik anestesi spinal hingga saat ini masih digunakan sebagai teknik pilihan di beberapa negara berkembang untuk operasi *sectio caesarea*. teknik anestesi spinal dapat diberikan melalui *single injection (single shot technique)* dengan tipe jarum *non cutting* maupun *pencil point*. Beberapa perbedaan jenis jarum yang digunakan dapat mempengaruhi kejadian *post dural puncture headache*. Teknik spinal dapat dilakukan di interspace L3-L4 ataupun di bawahnya. Space ini dipilih untuk menghindari resiko spinal cord injury meskipun sebagian besar spinal cord pada orang dewasa berakhir di L1 (Fitriani., dkk 2022)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang perlu dilakukan terhadap pasien *post sectio Caesarea* menurut Herdiana (2019) adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Medis

Terdapat beberapa penatalaksanaan medis terhadap pasien yang telah menjalani operasi *sectio Caesarea* yaitu pemberian analgesia, terapi cairan, dan diet.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Selain penatalaksanaan medis, diperlukan juga adanya beberapa penatalaksanaan keperawatan terhadap pasien yang telah menjalani operasi *sectio Caesarea* diantaranya adalah observasi tanda-tanda

vital, observasi visika urinarius dan usus, ambulansi, perawatan luka, perawatan payudara, dan pemeriksaan laboratorium.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Herdiana (2019) pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien post SC adalah:

- a. Pemantauan terhadap kesehatan bayi
- b. Elektrolit
- c. Hemoglobin
- d. Golongan darah
- e. Ultrasound sesuai indikasi
- f. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut hierarki Abraham Maslow dalam Patrisia dkk (2020), kebutuhan dasar manusia mencakup lima tingkatan dimana untuk ke tingkat selanjutnya manusia harus memenuhi kebutuhan dasar terlebih dahulu. Berikut kelima tingkat kebutuhan yang diurutkan berdasarkan prioritas, yaitu:

1. Kebutuhan fisiologis terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, sirkulasi, kebutuhan cairan, nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat dan tidur, keseimbangan suhu tubuh, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, stabilitas, dan keamanan) serta kebutuhan tempat tinggal dan bebas dari bahaya.
3. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya.
4. Kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga.

5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hirarkhi Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Gambar 2.3
Hieraki Abraham Maslow



Sumber: Patrisia dkk (2020)

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada pasien dengan kasus *post sectio Caesarea* yang terganggu adalah kebutuhan dasar fisiologis berupa mobilisasi, istirahat dan tidur, serta kebutuhan keamanan dan keselamatan. Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kesehatannya, mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri dalam melakukan aktivitas dan melakukan perawatan diri, meningkatkan kesehatan dan memperlambat proses penyakit. (Rohani & Diniarti, 2022).

Pada pasien dengan kasus *post sectio Caesarea* gangguan mobilitas fisik disebabkan karena alasan merasa khawatir luka bekas jahitan operasi akan membuka kembali atau robek serta nyeri dan merasa tidak nyaman saat melakukan pergerakan (Widayati dkk., 2022). Sedangkan gangguan pada kebutuhan istirahat terjadi karena adanya perubahan kualitas dan kuantitas tidur yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu penyakit, lingkungan dan

stress psikologis, pasien *post Sectio Caesarea* juga berisiko mengalami kejadian jatuh akibat mobilitas fisik yang terbatas sehingga harus dilaksanakan manajemen risiko jatuh yang melibatkan keluarga untuk turut berperan aktif (Budiono dkk., 2014).

Gangguan mobilitas fisik pada pasien *post Sectio Caesarea* di rumah sakit adalah kasus dengan perhatian yang tinggi, selain karena dapat menyebabkan kejadian tidak diinginkan berupa kejadian pasien jatuh, mobilisasi merupakan kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi seseorang agar dapat memasuki tingkatan kebutuhan selanjutnya (Patrisia dkk., 2020)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan tahapan penyelesaian masalah yang terdiri dari lima tahapan. Dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017). Adapun tahapan dari proses keperawatan menurut Mulyanti dkk (2017) adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan. Merupakan suatu proses keperawatan yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan pasien sebelum ditegakkannya diagnosa (Mulyanti, dkk 2017). Pada pengkajian terhadap pasien *post sectio Caesarea* dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, data yang sering ditemukan adalah mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, dan fisik lemah (PPNI, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan adalah dasar penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Tujuan dokumentasi

diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah atau problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (Mulyanti dkk, 2017).

Menurut buku SDKI (2017), kemungkinan diagnosa yang muncul pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus *post Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan Pada Kasus Post Sectio Caesarea
menurut SDKI (2017)

No.	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala
1	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri (luka <i>post sectio caesarea</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: Mengeluh sulit bergerak b. Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak ROM menurun 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: mengeluh nyeri, enggan melakukan pergerakan, cemas saat bergerak b. Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, fisik lemah, gerakan terbatas
2	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengatakan pola tidur berubah. b. Objektif: tampak menguap, tampak katung mata gelap 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: mengeluh kemampuan aktivitas menurun b. Objektif: -
3	Defisit perawatan diri	Kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: kesulitan dalam melakukan perawatan diri b. Objektif: tidak mampu mandi/ makan/ mengenakan pakaian/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: -

No.	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala
4	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: Mengeluh nyeri b. Objektif: Tampak meringis, Menhindari nyeri, Sulit tidur 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: Tekanan darah meningkat, Pola nafas berubah, Menarik diri, Fokus terhadap diri sendiri
5	Risiko jatuh	Kondisi pasca operasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: Mobilisasi tampak terganggu dan keadaan nyeri 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: -
6	Risiko infeksi	Efek prosedur invasif (<i>sectio cesarea</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: Terdapat luka jahitan, berisiko mengalami infeksi pada luka post operasi 2. Gejala dan tanda minor <ol style="list-style-type: none"> a. Subjektif: - b. Objektif: -

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 diagnosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien (Mulyanti dkk, 2017).

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Gangguan Mobilitas Fisik	Mobilitas Fisik Dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri dan miring kanan di tempat tidur) dan ROM 3. Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat
Gangguan Pola Tidur	Pola tidur Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur tidak ada 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur tidak ada 4. Keluhan istirahat tidak cukup tidak ada	Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor prngganggu tidur fisik atau psikologis 3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur, misalnya kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan misalnya pencahayaan, kebisingan, matras dan tempat tidur 2. Batasi waktu tidur siang jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal waktu tidur rutin

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, misalnya pijat, terapi, pengaturan posisi 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur sampai terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya waktu tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu waktu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur rem 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, misalkan psikologis, gaya hidup, sering berubah sift kerja 6. Ajarkan relaksasi obat autogenik atau cara non farmakologi lainnya
Defisit Perawatan Diri	Perawatan Diri Dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 3. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik: 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, 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 melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri tidak ada 2. Sikap protektif menurun 3. Tidak ada ekspresi nyeri wajah 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi keyakinan dan pengetahuan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan teknik komplementer 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik dengan tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Risiko Jatuh	<p>Tingkat jatuh Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur tidak ada 2. Jatuh saat berdiri tidak ada 3. Jatuh saat di kamar mandi tidak ada 	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setiap shift 3. Monitor kemampuan berpindah <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci 2. Pasang handrail tempat tidur

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 3. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
Risiko infeksi	Tingkat infeksi Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan tidak ada 3. Nyeri tidak ada 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih dalam batas normal 	Pencegahan infeksi Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sitemik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit dan area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien di lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Mulyanti dkk, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil (Mulyanti dkk, 2017).