

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pengertian *Sectio Caesarea*

1. *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah proses persalinan melalui pembedahan dengan memberikan irisan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histektomi) untuk mengeluarkan bayi. *Sectio caesarea* umumnya dilakukan ketika persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan. *Sectio caesarea* adalah tindakan mengeluarkan bayi dengan berat diatas 500 gram melalui sayatan melalui dinding uterus yang utuh (Hutabarat dkk., 2022).

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang terjadi apabila ibu melahirkan pervaginam (Juliathi dkk., 2020).

2. Klasifikasi Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Hutabarat dkk (2022) terdapat beberapa jenis SC yaitu diantaranya:

- a. Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sangat jarang dilakukan saat ini karena berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- b. Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum. Dilakukan pada masa kini, metode ini meminimalkan risiko terjadinya perdarahan dan mempercepat penyembuhan.
- c. Histektomi caesar yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus di mana perdarahan yang sulit ditangani atau ketika plasenta tidak bisa dipisahkan dari rahim.

- d. Bentuk lain dari *sectio caesarea* atau *porro sectio caesarea* yaitu operasi dengan kondisi janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi, misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Salah satu penyebab yang berasal dari ibu untuk dilakukannya tindakan operasi SC adalah preeklamsia. Preeklamsia adalah keadaan dimana hipertensi pada masa kehamilan. Penyebab terbesar kematian dan kesakitan ibu dengan preeklamsia adalah *abrasio plasenta*, edema pulmonary, miokardial infark, *disseminated intravascular ciagulation* (DIC), dan perdarahan serebral. Sedangkan pada fetal dan bayi baru lahir adalah insufisiensi plasenta, asfiksia neonatrum, premature, dan berat badan lahir rendah (Ambarwati & Irdawati, 2017).

Menurut Hutabarat dkk (2022), dokter spesialis akan menyarankan SC ketika proses kelahiran melalui vagina kemungkinan akan menyebabkan risiko kepada sang ibu dan janin. Adapun hal-hal yang dapat menjadi pertimbangan disarakannya bedah caesar antara lain:

- a. Indikasi yang berasal dari ibu yaitu pada plasenta previa terutama pada primigravida, primi para tua disertai letak ada, disproporsi sefalo pelvic (dissproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan seperti preeklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit seperti jantung, diabetes, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya)
- b. Indikasi yang berasal dari janin yaitu indikasi yang berasal dari janin antara lain fetal distress atau gawat janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

4. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi yang paling banyak terjadi dalam SC adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan ibu selama operasi berlangsung, komplikasi penyulit, *endometrioris* (radang endometrium),

tromboplebitis (gangguan pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah paru), dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna. Komplikasi serius pada tindakan SC adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan pengeluaran plasenta, *hematoma ligamentum latum* (broad ligamen), infeksi pada saluran genitalia pada daerah insisi.

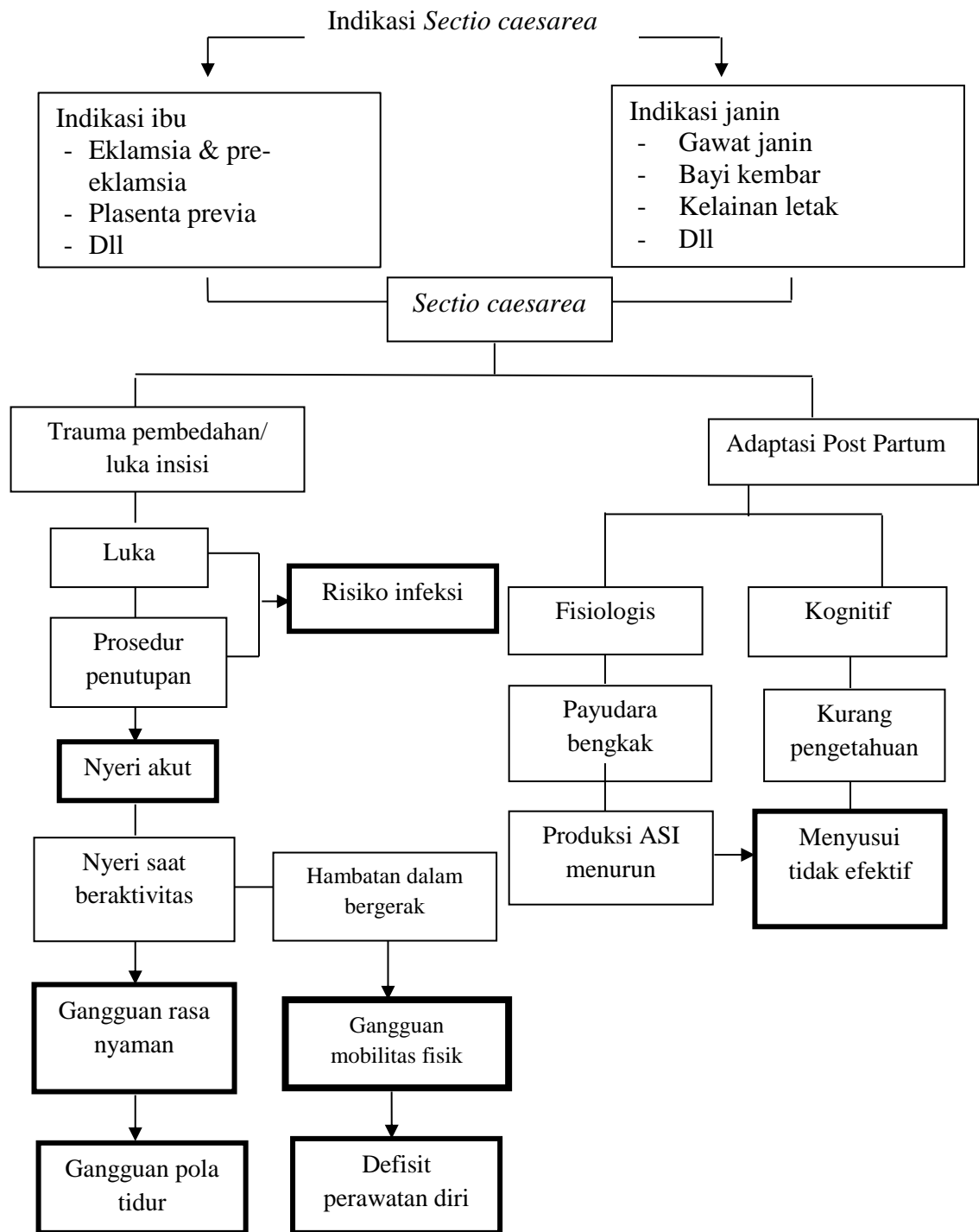
5. Patofisiologi

Terdapat beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal, misalnya ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul, pre-eklamsia, dan eklamsia berat, letak lintang, plasenta previa, bayi kembar, persalinan memanjang, plasenta keluar dini, ketuban pecah, dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan untuk mengeluarkan bayi, yaitu tindakan pembedahan *sectio caesarea* (Rahmadayanty, 2019).

Pembedahan pada dinding perut dan prosedur penutupan setelah proses pembedahan akan meninggalkan luka jahitan yang selain rentan terhadap infeksi juga menyebabkan rasa nyeri dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada mayoritas ibu post SC (Widayati dkk., 2022). Sensasi ketidaknyamanan pada proses persalinan disebabkan oleh stimulus saraf sensoris. Terputusnya kontinuitas jaringan menyebabkan hambatan dalam bergerak yang berdampak aktivitas mandiri terganggu salah satunya yaitu kebutuhan *personal hygie*. Mekanisme nyeri terjadi secara fisiologis dan psikologis, interpretasi rasa nyeri dan juga reaksi terhadap nyeri tersebut yang dapat berupa gangguan tidur (Astutik & Kurlinawati, 2017).

Setelah dilakukannya tindakan *sectio caesarea* seorang ibu akan mengalami adaptasi kognitif *post partum*. Pada saat ini sering ditemukannya masalah berupa kurang pengetahuan akibat kurang informasi baik terhadap perawatan dirinya sendiri ataupun perawatan bayi akibat peran baru yang dimiliki dan dari aspek fisiologi yaitu

produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit. (Aspiani,2017).



(Widayati dkk., 2022) (Astutik & Kurlinawati, 2017) (Rahmadayanty, 2019).

Gambar 2.1
Pathways Post Sectio caesarea

6. Pentalaksanaan Pasca Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut Ratnasari (2020), ibu post SC perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut:

a. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu beri cairan intravena karena pasien puasa selama 6 jam pertama pasca operasi agar terhindar dari hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi organ tubuh yang lainnya.

b. Ruang Perawatan

Monitor tanda-tanda vital, pemberian obat-obatan, terapi cairan dan diet, pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus, ambulansi dini, kesiapan menyusui, dan perawatan luka.

c. Personal Hygiene

Dapat melakukan perawatan perineum dan perawatan payudara supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui.

7. Manifestasi Klinis

Menurut Agustina (2020), manifestasi klinis pada pasien *post sectio caesarea* antara lain:

- a. Bising usus tidak ada
- b. Terpasang kateter
- c. Balutan abdomen tampak noda cairan
- d. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- e. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan
- f. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- g. Ketidaknyamanan menghadapi kondisi baru

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang secara langsung memengaruhi proses kehidupan manusia sehingga harus segera terpenuhi. Kebutuhan dasar manusia dikelompokkan menjadi lima kategori yang terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk piramida. Berikut kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam (Fatmayanti dkk., 2022).

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang bersifat kompulsif dan kebutuhannya harus dipenuhi agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan yaitu kebutuhan oksigenasi dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urin dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan tempratur tubuh, dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Keamanan dan kenyamanan sangat dibutuhkan dalam kehidupan manusia. Kebutuhan ini bersifat psikologis, seperti terbebas dari rasa sakit, ketakutan, mendapatkan perlakuan yang manusiawi dan adil.

3. Kebutuhan Rasa Cinta dan Saling Memiliki.

Tingkatan hierarki Maslow yang ketiga adalah Kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki (*social needs*). Kebutuhan ini dapat dicapai ketika kebutuhan fisiologis dan kebutuhan aman nyaman telah terpenuhi. Pada aspek kebutuhan ini seseorang fokus pada dirinya untuk memiliki teman, rasa cinta, dan rasa diterima, serta mendapatkan kebahagiaan apabila disukai dan bisa bersosialisasi dengan baik bersama orang lain.

4. Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan ini berkaitan dengan kebutuhan untuk dihormati, dihargai, dan diterima oleh orang lain dengan pemberian penghargaan dan kepercayaan atas kemampuan yang dimiliki.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkatan kebutuhan tertinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*). kebutuhan ini merupakan kebutuhan akan pemenuhan diri pribadi yaitu bakat dan potensi yang dimilikinya dengan memaksimalkan kemampuan untuk menjadi manusia yang unggul.



Sumber: Fatmayanti dkk. (2022)

Gambar 2. 2

Hierarki Abraham Maslow

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pasien *post sectio caesarea* akan mengalami gangguan kebutuhan dasar pada sub bagian kebutuhan fisiologis yang berkaitan dengan kebutuhan rasa nyaman, istirahat dan tidur. Kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman karena suatu kepuasan, kenyamanan haruslah dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu fisik, sosial, psikospiritual, dan lingkungan (Ruminem, 2021). Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri (Alimul, 2006).

Pada pasien *post sectio caesarea*, gangguan rasa nyaman terjadi pada aspek fisik berupa payudara ibu yang bengkak dan adanya jaringan yang rusak (stimulus nyeri) akibat pembedahan pada dinding perut dan prosedur penutupan setelah proses pembedahan berdampak adanya keluhan nyeri.

Nyeri adalah suatu kondisi yang menyebabkan perasaan tidak nyaman akibat risiko atau terjadinya kerusakan jaringan. Intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan individual, nyeri dalam intensitas yang sama dapat dapat dirasakan sangat berbeda pada dua orang yang berbeda. Keluhan yang dikemukakan biasanya adalah keluhan nyeri, demam, takikardia, sesak nafas, mual, muntah, dan memburuknya keadaan umum (Astutik & Kurlinawati, 2017). Sedangkan gangguan pada kebutuhan istirahat terjadi karena adanya perubahan kualitas dan kuantitas tidur yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu penyakit, lingkungan, stress psikologis, dan obat-obatan (Kartono dkk., 2021).

Di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, gangguan rasa nyaman dengan etiologi nyeri superficial akibat terputusnya serabut syaraf dan juga tekanan akibat jahitan merupakan tindakan prioritas untuk dilakukan penanganan dan pemantauan, sebab ketidaknyamanan ini dapat berdampak pada pola kehidupan sehari-hari pasien berupa gangguan mobilitas dan gangguan pemberian ASI pada pasien *post sectio caesarea* serta apabila nyeri tidak tertangani dapat menimbulkan komplikasi lanjutan lainnya (Yanti dkk., 2019).

Selain terapi farmakologis, salah satu teknik yang dapat digunakan untuk mengurangi perasaan tidak nyaman adalah dengan teknik distraksi salah satunya adalah distraksi dengan suara berupa musik. Musik adalah seni yang dapat memengaruhi pusat saraf dan mengaktifkan hormon endorfin alami serta meningkatkan perasaan rileks sehingga gangguan tidur dan perasaan nyeri dapat berkurang (Ferinawati & Hartati R, 2019). Salah satu jenis musik yang telah terbukti dapat menurunkan perasaan tidak nyaman adalah dengan pendekatan spriritual berupa murratal Al-Quran (Wahyuningsih & Khayati, 2021). Terapi murattal dengan durasi minimal 10-15 menit terbukti dapat memberikan efek terapeutik (Yana dkk., 2015).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan lima tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Adapun tahapan dari proses keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan. Merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan pasien sebelum ditegakkannya diagnosa (Suarni & Apriyani, 2017).

Pada pengkajian terhadap pasien *post sectio caesarea* dengan gangguan rasa nyaman akibat nyeri data yang sering ditemukan adalah mengeluh tidak nyaman, gelisah, mengeluh sulit tidur, mengeluh gatal, mengeluh mual, tidak mampu rileks, mengeluh lelah, menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, dan iritabilitas (PPNI, 2017).

Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebenarnya wajar karena tubuh bagian perut hingga lapisan uterus mengalami luka yang tergolong panjang dan dalam. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat pasien merasa tidak nyaman (Morita dkk., 2020).

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 dapat memberikan dasar pemilihan intervensi dan proses pemecahan masalah (Hidayat, 2021).

Setelah data terkumpul dan dianalisis, diagnosa yang mungkin ditemukan pada pasien dengan gangguan rasa nyaman berdasarkan gejala dan tanda yang ada pada kasus *post sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 1

Kemungkinan Diagnosa Keperawatan Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Sesuai Tanda Dan Gejala Pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016)

No.	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala
1	Gangguan rasa nyaman	Nyeri (luka <i>post sectio caesarea</i>)	<ol style="list-style-type: none"> Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: Mengeluh tidak nyaman Objektif: tampak gelisah Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh nyeri Objektif: tampak meringis atau menangis, menunjukkan gejala distress, dan iritabilitas
2	Menyusui tidak efektif	Payudara bengkak	<ol style="list-style-type: none"> Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: kelelahan maternal, kecemasan maternal Objektif: bayi tidak mampu melekat pada ibu, ASI tidak memancar atau menetes, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, adanya nyesi dan lecet terus menerus pada minggu kedua Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: - Objektif: intake bayi tidak adekuat, bayi mengisap tidak terus menerus, bayi menngis saat disusui
3	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur	<ol style="list-style-type: none"> Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: Mengeluh sulit tidur mengeluh seringterjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengatakan pola tidur berubah. Objektif: tampak menguap, tampak katung mata gelap Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: Mengeluh kemampuan aktivitas menurun Objektif: -
4	Defisit perawatan diri	Kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: kesulitan dalam melakukan perawatan diri Objektif: tidak mampu mandi/ makan/ mengenakan pakaian/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> Subjektif: -

			<ul style="list-style-type: none"> • Objektif: -
5	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: Mengeluh nyeri • Objektif: Tampak meringis, Menghindari nyeri, Sulit tidur 2. Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: - • Objektif: Tekanan darah meningkat, Pola nafas berubah, Menarik diri, Fokus terhadap diri sendiri
6	Risiko jatuh	Kondisi pasca operasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: - • Objektif: Mobilisasi tampak terganggu dan keadaan nyeri 2. Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: - • Objektif: -
7	Risiko infeksi	Efek prosedur invasif (<i>sectio cesarea</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala dan tanda mayor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: - • Objektif: Terdapat luka jahitan, berisiko mengalami infeksi pada luka post operasi 2. Gejala dan tanda minor <ul style="list-style-type: none"> • Subjektif: - • Objektif: -

3. Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Gangguan rasa nyaman	<p>Status Kenyamanan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan ketidaknyamanan menurun 2. Keluhan nyeri menurun 3. Pasien tidak tampak gelisah 4. Pasien mampu rileks 	<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 pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementaer yang telah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang nenperberat 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. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik napas dalam) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian analgesik, jika perlu
Menyusui Tidak Efektif	<p>Status Menyusui Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat 3. Kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat 4. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 	<p>Edukasi Menyusui</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. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu melakukan kepercayaan diri

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		<p>dalam menyusui</p> <p>5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling kesehatan 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan posisi menyusui dan perletakan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak zaitun 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (pijat payudara, memerah ASI, pijat oksitosin)
Gangguan pola tidur	<p>Pola tidur</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pngganggu 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 <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan mislnya 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 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, misalnya pijak, terapi, pengaturan posisi 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur sampai terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		6. Ajarkan relaksasi obat autogenik atau cara non farmakologi lainnya
Defisit perawatan diri	<p>Perawatan Diri</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 3. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 3. Monitor tingkat kemandirian <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri</p> <p>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>Kontrol nyeri</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgetik secara konsisten 2. Melaporkan nyeri yang terkontrol secara konsisten 	<p>Edukasi teknik napas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat teknik napas 2. Jelaskan prosedur teknik napas 3. Anjurkan memilih posisi yang nyaman sebelum melakukan latihan 4. Anjurkan menutup mata dan berkonsentrasi penuh 5. Ajarkan melakukan inspirasi dengan cara menghirup udara melalui hidung secara perlahan 6. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara mulut mencucu secara perlahan 7. Demonstrasikan menarik napas selama 4

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
		detik, menahan napas selama 2 detik, dan menghembuskan napas napas selama 2 detik
Risiko jatuh	<p>Tingkat jatuh</p> <p>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 <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 2. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh <p>Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p>
Risiko Infeksi	<p>Tingkat infeksi</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <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 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sitemik <p>Terapeutik</p> <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 <p>Edukasi</p> <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 <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

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 tahap 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).

Evaluasi dilakukan setiap hari berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon yang tampak oleh perawat), assesment, dan planing (Ratnasari 2020).