

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori *Sectio Caesarea*

##### 1. Pengertian *Sectio Caesarea*

*Sectio Caesarea* adalah merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bias dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dengan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Ayuningtyas, et al., 2018). Kelahiran sesarea juga dikenal dengan *sectio caesarea* adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Sharon, et al., 2011). Persalinan *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunningham, 2012). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Yani, 2012).

*Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah, 2018).

##### 2. Etiologi

###### a. Faktor indikasi pada ibu

Adapun penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukannya *section caesarea* yaitu adanya sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, *plasenta previa* terutama pada primigravida, *solusio plasenta* pada tingkat I – II, komplikasi

kehamilan yang di sertai penyakit ( jantung , DM ) gangguan Perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). Terdapat etiologi medis yang menjadi indikasi dilaksanakannya *section caesarea* antara lain CPD ( *Chepalo Pelvik Disproportion* ), PEB ( Pre Eklamsi Berat),KPD (Ketuban Pecah Dini) dan factor lainnya (Fauziah, 2017).

b. Faktor indikasi pada janin

Faktor indikasi pada janin dinataranya posisi janin tidak *occipital* ( bukan presentasi kepala) seperti sungsang atau tulang belikat yang bersinggungan dengan bahu, janin terlalu besar, bayi kembar, ancamangawat janin, janin abnormal, pasokan darah tidak mencukupi kebutuhanplasenta dan janin yang berakibat membayangkan janin seperti yang mungkin terjadi placenta previa, abruption placenta, prolaps tali pusat atau kelainan tali pusat (Johnson, 2010).

3. Patofisiologi

Section Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu factor usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun panggul sempit, penyakit bawaan hipertensi , DM jantung dan HIV , riwayat section caesarea dll, untuk ibu. Sedangkan untukjanin adalah gawat janin, janin besar dan kelainan letak bayi, factor plasenta, kelainan tali pusat , bayi kembar, preeklampsia, ketuban pecah dinidll. Setelah dilakukan section caesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produk oksitosin yang tidak adekuatakan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entries bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antiobitk dan perawatan luka dengan prinsip steril.

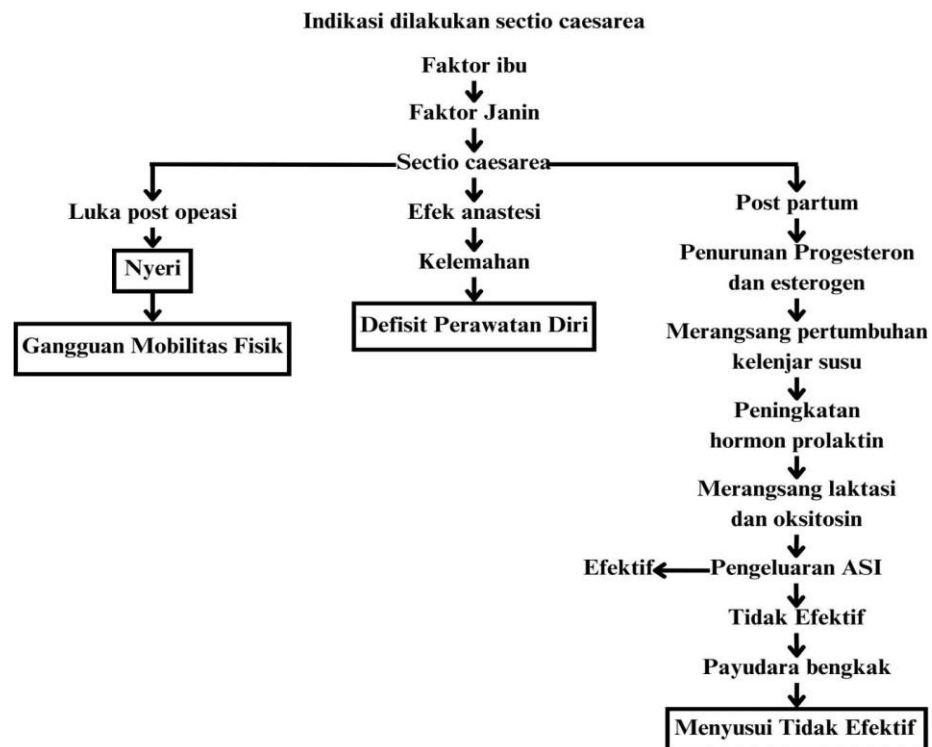
Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakbitkan rasa tidak nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum sehingga pasien akan mengalami kelemahan dan akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara

mandiri atau dapat menyebabkan keterbatasan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri atau deficit perawatan diri (Aspiyani, 2017).

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 perawatan diri. Dalam proses pembedahan, dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya in kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan syaraf – syaraf di sekitar daerah insisi.

Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang 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 risiko infeksi. (Mitayani, 2012);

#### 4. Pathway



*Gambar 2. 1*  
Pathway Pada Pasien *Post Sectio Saecarea*  
(Nurarif & Kusuma, 2015)

## 5. Manifestasi Klinis Post SC

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

- a. Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
  - b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
  - c. Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
  - d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidakbanyak)
  - e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
  - f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru padaperubahan emosional
  - g. Tidak terdengarnya suara bising usus
  - h. Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
  - i. Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan
6. Penatalaksanaan Post SC Penatalaksanaan Medis (Jitowiyono, 2012) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intramuskuler) diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntik dengan cara serupa 10 mg morfin. Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg. Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg merepidin. Obat-obatan anti emetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik. Terapi cairan dan diet Untuk pedoman umum, pemberian cairan RL terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.
- a. Laboratorium
 

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi

hematokrit tersebut harus di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia. Vesika urinaris dan usus bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah operasi, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tanda – tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali , perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi semi fowler dan selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien dapat dipulangkan. Perawatan luka harus dibuka dan diganti. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl dan ditutupi kasa steril serta plaster. Secaranormal jahitan kulit dapat diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan beban untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

### 1. Pengertian

Manusia memiliki banyak sekali 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 terendahnya belum terpenuhi. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang lebih dikenal sebagai Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu: Kebutuhan Fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia meliputi :

- a. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas,
- b. Kebutuhan cairan dan elektrolit,
- c. Kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine,
- d. Kebutuhan istirahat dan tidur,
- e. Kebutuhan aktivitas,
- f. Kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual.
- g. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis.
- h. 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.
- i. Kebutuhan harga diri meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten dan penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
- j. 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 .

k. kebutuhan dasar yaitu kebutuhan istirahat dan tidur.

### C. Konsep Aktivitas Dan Istirahat

#### 1. Definisi

Aktivitas dan istirahat merupakan suatu kebutuhan dasar individu, setiap individu memiliki irama atau pola dalam melakukan aktivitas, tanda individu dikatakan sehat salah-satunya yaitu adanya kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas seperti bekerja, personal hygiene, rekreasi, makan minum dan sebagainya (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

Aktivitas dapat membuat fisik menjadi lebih sehat dan bisa berpengaruh terhadap citra tubuh serta harga diri individu, sedangkan istirahat sendiri merupakan suatu keadaan tenang, santai, rileks, bebas dari perasaan gelisah dan tanpa tekanan emosional (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

Istirahat tidak hanya bermakna tidak melakukan suatu aktivitas sama sekali, istirahat dapat berupa bersantai untuk menenangkan diri dan melakukan hal untuk membebaskan diri dari sesuatu yang menyulitkan maupun membuat bosan, istirahat juga dapat membutuhkan ketegangan misalnya dengan berjalan di taman, menonton televisi dan lain-lain (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

#### 2. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik berdasarkan buku SDKI yaitu:

- a) Gejala dan tanda mayor Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b) Gejala dan Tanda Minor Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan

melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017).

Menurut Kasiati dan Rosmalawati (2016), untuk gejala yang dapat dialami seseorang yang mengalami hambatan istirahat dan tidur dapat berupa perasaan lelah, emosi, gelisah, apatis, kehitaman dan bengkak sekitar mata, mata perih, konjungtiva merah, tidak fokus dan sakit kepala.

### 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas dan istirahat

Menurut Kasiati dan Rosmalawati (2016), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi aktivitas atau mobilitas individu, diantaranya:

- a) Tingkat perkembangan tubuh, usia seseorang berpengaruh terhadap sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal sehingga dalam melaksanakan implementasi keperawatan dalam memenuhi kebutuhan perawat perlu mempertimbangkan dimensi tumbuh kembang individu.
- b) Kesehatan fisik, individu yang memiliki penyakit akan bisa menghambat dalam pergerakan fisik atau tubuh.
- c) Keadaan nutrisi, kekurangan nutrisi dapat menimbulkan kelelahan otot dan kelemahan yang berdampak terhadap penurunan aktivitas dan istirahat.
- d) Status mental, individu dengan masalah mental umumnya tidak tertarik dalam melakukan aktivitas, serta tidak memiliki energi untuk personal hygiene.
- e) Gaya hidup, individu dalam yang jarang melakukan aktivitas dengan baik dapat mengalami gangguan dalam pergerakan begitupun pula sebaliknya.

Sedangkan, untuk kebutuhan istirahat seperti tidur diatur oleh 2 sistem pada batang otak yang mempunyai sel khusus untuk menjaga kewaspadaan maupun kesadaran, memberikan rangsangan pendengaran, pengelihatian, perabaan termasuk nyeri, proses pikir maupun emosi, ketika sadar RAS melepas katekolamin kemudian



ketika tidur BSR akan mengalami pelepasan serum serotonin (Hidayat, 2011). Faktor yang dapat berpengaruh terhadap kuantitas dan kualitas tidur yaitu penyakit, lingkungan, latihan, stres emosional, gaya hidup, alkohol, motivasi serta medikasi seperti obat-obat tertentu (Kasiati dan Rosmalawati, 2016).

#### **D. Konsep Teori Asuhan Keperawatan**

##### **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 aktivitas 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 aktivitas perawatan diri secara mandiri (Mitayani, 2012).

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

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).

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) diagnosa keperawatan untuk klien *post sectio caesarea* dan (SDKI, 2016) adalah:

a. Gangguan mobilitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

b. Defisit perawatan diri

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

(tidak tersedia)

c. Nyeri akut

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

d. Menyusui tidak efektif

Gejala dan Tanda mayor

Subjektif

1. Kelelahan maternal
2. Kecemasan maternal

Objektif

1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
2. ASI tidak menetas/memancar
3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

## Gejala dan Tanda Minor

### Subjektif

(tidak tersedia)

### Objektif

1. Intake bayi tidak adekuat
2. Bayi menghisap tidak terus menerus
3. Bayi menangis saat disusui
4. Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui
5. Menolak untuk mengisap

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk menyusun strategi untuk mengatasi hambatan atau masalah pasien. Perawat secara teratur meninjau kemajuan pasien dan merevisi rencana perawatan yang sesuai kebutuhan pasien (Indra Cahyani, 2019). Rencana Keperawatan pada klien *Post Sectio Caesarea* terdapat pada tabel 2.1 dibawah ini

Tabel 2. 1  
Rencana Keperawatan pada Kasus *Post Sectio Caesarea*

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri <b>(D.0054)</b></p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ol>	<p>Mobilitas fisik <b>(L.05042)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyerimenurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi <b>(I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

1	2	3	4
			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
2.	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak <b>(D.0029)</b></p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan maternal</li> <li>2. Kecemasan maternal</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</li> <li>2. ASI tidak menetes/memancar</li> <li>3. BAK bayi kurang dari 8</li> </ol>	<p>Status menyusui <b>(L.03029)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</li> <li>2. Kemampuan ibu memosisikan bayi dengan benar meningkat</li> <li>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24jam meningkat</li> <li>4. Berat badan bayi meningkat</li> <li>5. Tetesan/pancaran ASI meningkat</li> <li>6. Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat</li> <li>8. Kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>9. Bayi tidur setelah menyusui meningkat</li> <li>10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat</li> </ol>	<p>Edukasi menyusui <b>(I.12393)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>4. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</li> </ol>

	<p>kali dalam 24 jam</p> <p>4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua</p>		
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (post operasi) <b>(D.0077)</b></p> <p>DS: -</p> <p>DO: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p>	<p>Tingkat nyeri <b>(L.08066)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Gelisah menurun</li> <li>7. Kesulitan tidur menurun</li> <li>8. Menarik diri menurun</li> <li>9. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>10. Diaforesis menurun</li> <li>11. Perasaan depresi menurun</li> <li>12. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>13. Anoreksia menurun</li> <li>14. Perineum terasa tertekan menurun</li> <li>15. Uterus teraba membulat menurun</li> <li>16. Ketegangan otot menurun</li> <li>17. Pupil dilatasi menurun</li> <li>18. Muntah menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri nonverbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hipnosis.</li> </ol>

		<p>19. Mual menurun  20. Frekuensi nadi membaik  21. Pola napas membaik  22. Tekanan darah membaik  23. Proses berpikir membaik  24. Fokus membaik  25. Fungsi berkemih membaik  26. Perilaku membaik  27. Nafsu makan membaik  28. Pola tidur membaik</p>	<p>akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategimeredakannyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secaratepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b>  Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>Dukungan perawatan diri (<b>I.11348</b>)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai aktivitas</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol>
--	--	--	--



			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</li><li>2. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li><li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li><li>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li><li>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li><li>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
--	--	--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatanyang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani,2017).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektivitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan responsperilaku klien yang tampil. Tujuan dari evaluasi antara lain : Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, untuk menilai efektivitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan. Untuk penentuan masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objective 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 dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Planing adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni & Apriyani, 2017).