

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Pre dan Post *Sectio caesaria***

##### **2.1.1 Definisi *sectio caesaria***

*Sectio caesaria* merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Putra dkk, 2021).

*Sectio caesaria* merupakan jenis persalinan buatan melalui proses insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat kondisi rahim dalam keadaan utuh untuk mengeluarkan janin dengan berat janin diatas 500 gram (Jumatriin dkk, 2022).

Dapat disimpulkan bahwa *Sectio caesaria* Merupakan tindakan pembedahan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim yang bertujuan untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim.

##### **2.1.2 Indikasi *Sectio caesaria***

Menurut Jumatriin (2022) ada beberapa penyebab atau indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesaria*, yaitu diantaranya sebagai berikut:

1. Posisi janin yang abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam rahim yang tidak tepat membuat perlunya dilakukan tindakan *sectio caesaria* karena akan sulit dilakukan untuk persalinan pervagina

2. Partus lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tidak adanya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaitu dengan tindakan *sectio caesaria*.
3. Ketuban Pecah Dini (KPD), merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjutan agar bayi dapat diselamatkan.
4. Plasenta previa, letak plasenta yang berada di bagian bawah rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan diperlukannya tindakan *sectio caesaria*.
5. Preeklamsi berat, merupakan penyumbang kematian maternal pada ibu maupun janin sehingga diperlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan.
6. Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal pervagina.

a Jenis *sectio caesaria*

Pada umumnya *sectio caesaria* memiliki 2 tipe utama, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Secara teknis, kedua tipe ini adalah sebagai berikut:

- 1) Segmen atas, yaitu pembedahan melalui sayatan vertikal pada dinding perut (abdomen) yang lebih dikenal dengan classical incision atau sayatan klasik.
- 2) Segmen bawah, pembedahan pada segmen bawah terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a) Insisi melintang, yaitu sayatan mendatar. Pada jenis ini dibuat sayatan kecil melintang di bawah uterus (rahim).
- b) Insisi membujur, posisi nya hampir sama dengan sayatan pada insisi melintang, hanya saja letak sayatan menjadi vertikal di bawah uterus (rahim).

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Falentina (2019), penyebab *sectio caesaria* , dilakukan sebagai berikut

#### 1. CPD (*Chepalo Pelvik Disroportion*)

Chepalo pelvik disroportion (CPD) Salah satu kondisi yang dapat menyebabkan ketidakmampuan ibu untuk melahirkan secara alami , di mana ukuran panggul ibu tidak sebanding dengan ukuran kepala janin. Janin secara alami akan melewati rongga panggul yang dibentuk oleh tulang-tulang panggul. Operasi diperlukan karena bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau patologis dapat mengganggu proses persalinan alami. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk dan ukuran rongga panggul yang tidak normal.

#### 2. PEB (*Pre-Eklamsi Berat*)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting.

Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

### 3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini terjadi ketika ketuban pecah sebelum tandatanda persalinan dan satu jam kemudian belum terjadi inpartu. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam persalinan karena 13 menyebabkan komplikasi kelahiran prematur dan peningkatan risiko infeksi, seperti sepsis dan khoriokarsinoma, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini biasanya terjadi pada hamil aterm di atas 37 minggu atau di bawah 36 minggu. Meningkatnya tekanan intrauterine atau penurunan kekuatan membrane menyebabkan ketuban pecah dini. Adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks dapat menyebabkan membrane menjadi lemah

### 4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan *secara Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

## 5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

### 2.1.4 Klasifikasi

Ramandanty (2019) menyatakan ada beberapa jenis *sectio caesaria*, (SC), yaitu diantaranya:

#### 1. Sayatan klasik

Sayatan klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. *Sectio caesaria* jenis ini kini jarang digunakan karena lebih berisiko terhadap kelahiran. Seringkali diperlukan luka insisi yang lebih besar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong terlebih dahulu.

#### 2. Sayatan mendatar

Sayatan mendatar yaitu dengan membuat sayatan kecil melintang di bawah uterus (rahim), kemudian sayatan ini dilebarkan dengan jari-jari tangan dan berhenti di daerah pembuluh-pembuluh darah uterus. Metode ini sangat umum digunakan pada masa sekarang ini karena dapat meminimalkan risiko terjadinya perdarahan serta cepat proses pemulihan lukanya.

#### 3. *Sectio caesaria*, ulang (*Repeat caesarean section*)

Ibu pada kehamilan yang sebelumnya mengalami *sectio caesaria*, (previous caesarean section) dan kehamilan selanjutnya dilakukan

*sectio caesaria*, ulang. Umumnya, sayatan dilakukan pada luka bekas operasi sebelumnya.

#### 4. *Sectio caesaria*, histerektomi

Suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesaria*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana perdarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

#### 5. Operasi poro (*porro operation*)

Suatu 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.

### 2.1.5 Manifestasi klinik

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *section caesaria* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif.

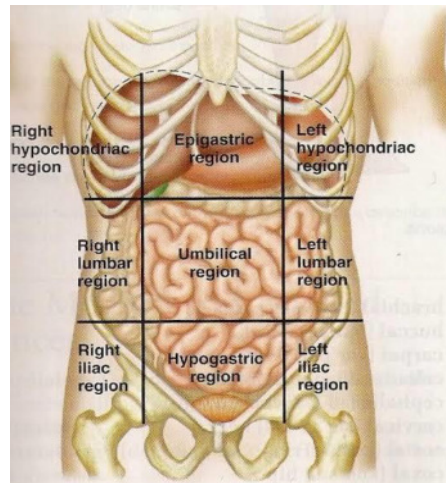
Doenges (2019) mengemukakan, manifestasi klinis *sectio caesaria* , meliputi:

1. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
2. Adanya luka insisi dibagian abdomen
3. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
4. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak).

5. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama porses Pembedahan.
6. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapisituasi baru pada perubahan emosional.
7. Rata-rata terpasang kateter urinarius
8. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus
9. Pengaruh anestesi dapat memicu mual dan muntah
10. Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
11. Biasanya ada kekurangan pahaman prosedur pada kelahiran SC yang tidak direncanakan

#### **2.1.6 Anatomi fisiologi abdomen**

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen inguenale.



Gambar 2.1 Kuadran abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu :

### 1 Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen langer lines tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menopang lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi pfannenstiel akan mengikuti arah serabut langer lines sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

### 2 Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (fasia camper) dan lapisan membranous di bawahnya (fasia scarpa).

### 3 Otot dan fasia

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari proses xiphoideus menuju simfisis

pubis. Aponeurosis ini tampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba.

Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan aponeurosis eksternus, m.obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung rektus m.rektus abdominis tetap padaposisinya (mencegah terjadinya bow-string effect) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak diatas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata.

Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina posterior. Lamina anterior dibentuk oleh aponeurosis m. obliquus abdominis eksternus dan lamina anterior aponeurosis m. Transversus abdominis.

Di bawah linea arkuata, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea arkuata.

Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karenanya, garis jahitan pada insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehisensi dan hernia.

#### 4 Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritoneum

dibagi menjadi dua yaitu, peritoneum parietalis dan peritoneum visceralis. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

### **2.1.7 Patofisiologi**

Terjadinya proses mulas sebelum persalinan merupakan nyeri akibat kontraksi rahim yang dimana kontraksi rahim ialah proses keluarnya bayi dari rahim dengan memberi sayatan pada kulit hingga rahim seorang ibu hingga muncul masalah keperawatan nyeri akut. Pada pasien *sectio caesaria* sering terjadi Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi hingga dipengaruhi oleh kurangnya dukungan keluarga, pengalaman operasi sebelumnya, faktor usia yang dapat membuat pasien merasa cemas akan tindakan operasi yang dilakukan hingga beresiko mengalami cedera, cedera ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor seperti posisi janin, ukuran janin dan kelainan pada janin dan timbul masalah keperawatan ansiestas pada pasien, diakibatkan kecemasan pasien terhadap keselamatan dirinya sera timbul masalah keperawatan lainnya yaitu resiko cedera pada janin yang merupakan komplikasi pada janin.

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi

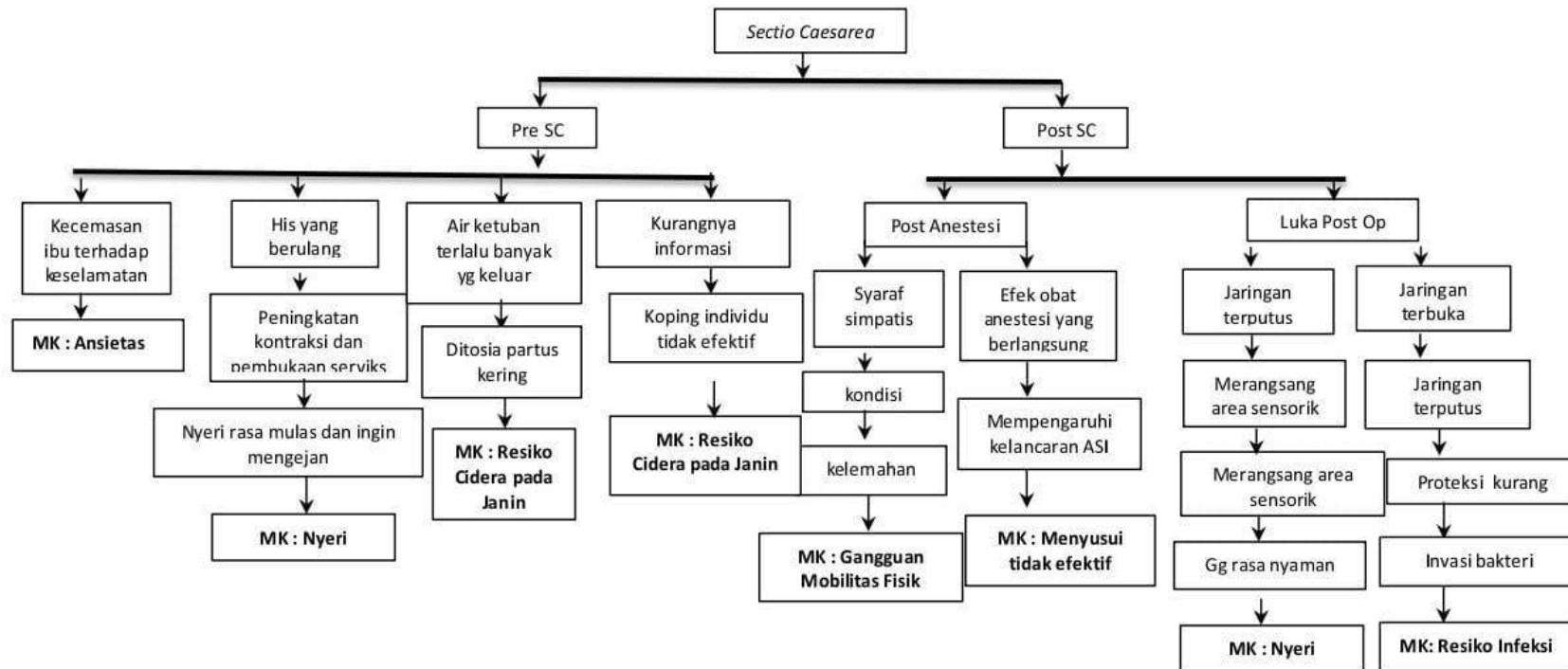
menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, dkk 2020).

Pada tindakan *Sectio Caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik (Nurarif, dkk 2020).

Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri(nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk 2020).

2.1.8 WOC

Skema 2.1 WOC Pre dan post *sectio caesaria*



Sumber (Nuraf, 2019)

### 2.1.9 Pemeriksaan penunjang

- 1 Pemeriksaan janin terhadap kesehatan janin.
- 2 Pemantauan EKG.
- 3 JDL dengan diferensial
- 4 Elektrolit
- 5 Hemoglobin/Hematokrit
- 6 Golongan darah
- 7 Urinalis
- 8 Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9 Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- 10 Ultrasound sesuai pesanan

### 2.1.10 Penatalaksanaan

#### 1. Penatalaksanaan medis

Pre Operasi *Sectio caesaria* , Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

##### a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu keluhan pasien, meliputi rasa nyeri pasien, rasa cemas (ansietas) yang dirasakan pasien sebelum memulai operasi *sectio caesaria* dan apakah pasien memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi dll.

b. Informed consent

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani *sectio caesaria*, selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien hali yang akan menjalani *sectio caesaria*, dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang *folley catheter* hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

2. Penatalaksanaan keperawatan

Post operasi *sectio caesaria* menurut Samsider Sitorus (2021)

a Perawatan awal

1) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (recovery)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran setiap 15 menit hingga sadar.

2) Pemberian cairan

Pasca operasi *sectio caesaria* pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karna itu dalam pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi, ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan

adalah D5 10%, NaCl, dan ringer laktat secara selang seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

### 3) Pemberian analgesic

Untuk wanita dengan berat badan rata-rata, dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri yaitu Meperidin 75-100 mg intramuskular atau Morfin sulfat 10-15 mg intramuskular. Pada pasien yang menggunakan opioid, harus dilakukan pemeriksaan rutin setiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian dan sekurangnya 2 jam setelah penghentian pengobatan.

Salah satu strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah dengan menenangkan pikiran ibu dengan melakukan pijat endorfin dengan teknik sentuhan dan pemijatan ringan pada punggung, lengan hingga keseluruhan tubuh dan menimbulkan perasaan rileks dan mengurangi rasa sakit ataupun nyeri, serta dengan nafas aromaterapi dapat memberikan efek menenangkan dan menimbulkan rasa tidak nyaman pada ibu post SC. Aromaterapi lavender dapat mengurangi pasien post *sectio caesaria*, dalam waktu 24 jam, dengan hasil lebih efektif dalam mengurangi sensasi nyeri dialami dari berat hingga sedang. Hal ini

mendukung anggapan bahwa kombinasi pijat endorfin dan aromaterapi lavender memiliki efek positif dalam meredakan nyeri persalinan operasi *caesarea*. Pada saat di sentuh dengan ujung jari emdorphin massage dapat meningkatkan hormon endorphin adalah polipeptida yang mampu mengikat ke reseptor saraf di otak untuk memberikan bantuan dari rasa sakit yang di sekresi oleh kelenjar hipofise dan dengan dihirup aromaterapi , senyawa yang terdapat pada aromaterapi lavender akan memicu hipotalamus untuk memproduksi hormon endorfin yang dapat menenangkan. Aromaterapi lavender juga memiliki khasiat sebagai anti bakteri, analgesik, antidepresan, dan antipasmodik (Anjelia 2021)

#### 4) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit diangkat pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pasca persalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain: jaringan subkutan yang tebal (>3 cm) merupakan faktor resiko untuk infeksi luka operasi. Oleh karena itu perlu pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi dan demam. Perlu diberitahukan untuk tetap membersihkan luka dan menjaganya agar tetap kering setiap hari menggunakan pakaian yang longgar, nyaman dan berbahan katun.

#### 5) Pemeriksaan laboratorium

Hematokrit secara rutin diukur pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia. Bila hematokrit rendah tapi stabil, pasien dapat diambulasi tanpa kesulitan. Dan apabila terdapat kemungkinan untuk terjadinya sedikit pengeluaran darah lanjutan, pasien lebih baik diberi terapi suplemen besi untuk memperbaiki keadaan daripada diberi transfusi.

#### 6) Menyusui

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

#### 7) Pencegahan infeksi pasca operasi

Morbiditas demam cukup sering dijumpai setelah *sectio caesaria* , Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal yang diberikan pada saat *sectio caesaria* , bermakna menurunkan angka infeksi. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi sekitar 20% wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksis.

### 2.1.11 Penerapan mobilisasi dini post *sectio caesaria*

Ibu yang melahirkan melalui operasi *caesaria* akan merasakan ketidaknyamanan termasuk rasa nyeri yang derajatnya bisa berbeda, setiap tindakan pembedahan memerlukan anestesi, yang merupakan upaya untuk menghilangkan rasa sakit serta membuat pasien lebih rileks ketika menjalani prosedur pembedahan, terdapat 3 macam teknik pembiusan yaitu general anestesi, regional anestesi dan anestesi lokal. Regional anestesi terbagi lagi menjadi beberapa jenis antara lain anestesi epidural, anestesi spinal dan blok saraf perifer. Anestesi regional menjadi pilihan untuk tindakan persalinan *sectio caesaria* dengan menggunakan spinal anestesi. Anestesi spinal adalah tindakan pembiusan yang dilakukan dengan memasukkan obat anestesi lokal atau ajuvan ke ruang yang mengelilingi sumsum tulang belakang dalam ruang subarakhnoid di tulang belakang lumbal (ruang belakang intervertebralis L3-L4). (Rehatta et al, 2020)

Mobilisasi dini adalah aktifitas yang dilakukan post pembedahan, dimulai dari latihan ringan di tempat tidur seperti latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan gerakan tungkai, sampai pasien turun dari tempat tidur dan berjalan, baik berjalan ke kamar mandi maupun berjalan ke luar. Setelah 24-48 jam pertama paska bedah, pasien dianjurkan untuk segera meninggalkan tempat tidur atau melakukan mobilisasi dini (Herianti & Rohmah, 2022). Mobilisasi pasca operasi dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor fisiologis seperti nyeri, peningkatan suhu

tubuh, perdarahan, faktor emosional seperti kecemasan, motivasi, sosial support dan faktor perkembangan seperti usia dan status paritas. Adapun tahapan mobilisasi yaitu pada 6 jam pertama pasien harus bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur (menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut), kemudian setelah 6-10 jam harus bisa miring ke kiri dan ke kanan, setelah 24 jam dianjurkan untuk belajar duduk kemudian dilanjutkan belajar berjalan. Mobilisasi bertahap sangat membantu jalannya penyembuhan dan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai sembuh (Harding & Kwong, 2019).

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

Nyeri adalah suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan dan dapat terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Melasari 2020)

Nyeri ialah perasaan tidak nyaman dan sangat subjektif dan dimana hanya orang yang mengalaminya yang mampu menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Nyeri setelah operasi *caesar* akan terjadi setelah efek anastesi hilang. Nyeri hebat dialami dalam 24 jam pertama dan hari kedua pasca operasi, baik untuk pasien yang pernah menjalani operasi *sectio caesaria* sebelumnya atau untuk mereka yang pertama sekali (Wati, 2021)

### 2.2.2 Proses Nyeri

Stimulus nyeri selalu disertai dengan adanya reseptor dan stimulus (stimulus nyeri). Reseptor nosiseptor, yang merupakan ujung saraf bebas di kulit yang merespons rangsangan kuat, adalah yang dimaksud. Adanya stimulus nyeri baik biologis, kimiawi, panas, listrik, atau mekanis menandai awal timbulnya nyeri. Reseptor nyeri Sel-sel khusus ini bertanggung jawab untuk menangkap rangsangan nyeri dan mampu mendeteksi perubahan spesifik di sekitarnya yang berhubungan dengan proses nyeri.

### 2.2.3 Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat dikategorikan menjadi dua kelompok: penyebab fisik dan psikis. Penyebab fisik nyeri meliputi trauma (baik mekanik, termal, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Sementara itu, penyebab psikis nyeri biasanya berasal dari trauma psikologis (Ningtyas 2023).

#### 1. Trauma mekanik

Trauma mekanik menyebabkan nyeri karena ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, atau luka. Trauma termal menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor terstimulasi oleh panas atau dingin. Trauma kimiawi terjadi ketika terkena zat asam atau basa yang kuat, sedangkan trauma elektrik dapat menyebabkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat pada reseptor rasa nyeri.

## 2. Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan nyeri akibat tekanan atau kerusakan pada jaringan yang mengandung reseptor nyeri, serta karena tarikan, penekanan, atau metastasis. Nyeri yang terjadi akibat peradangan disebabkan oleh kerusakan pada ujung saraf reseptor yang disebabkan oleh peradangan atau penekanan akibat pembengkakan.

## 3. Psikologis

Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis adalah nyeri yang tidak berasal dari penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan dampaknya terhadap kondisi fisik.

### 2.2.4 Dampak Nyeri

Setelah operasi *sectio casarea*, ibu akan merasakan nyeri dan memberikan dampak yang mengakibatkan mobilisasi ibu menjadi terbatas, Activity of Daily Living (ADL) terganggu, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi, ikatan kasih sayang dan insisi menyusui dini tidak terpenuhi karena adanya peningkatan intensitas nyeri apabila ibu bergerak. Hal tersebut mengakibatkan respon ibu terhadap bayi kurang, sehingga ASI sebagai makanan terbaik bagi bayi dan mempunyai banyak manfaat bagi bayi maupun ibunya tidak dapat diberikan secara optimal. Rasa nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien sampai menuju tingkat kenyamanan, sehingga perlu adanya cara

untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post operasi *sectio caesaria*. (Morita et al., 2020).

### **2.2.5 Pengukuran skala nyeri**

Kualitas nyeri dapat dinilai sederhana yang meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, seperti terbakar). Evaluasi ini juga dapat didekati dengan menggunakan penelitian yang lebih formal, seperti kuesioner nyeri MC hill, yang merupakan salah satu alat yang digunakan untuk menilai nyeri. Kuesioner ini mengukur dimensi fisiologik dan psikologik nyeri yang dibagi menjadi empat bagian. Bagian pertama klien menandai lokasi nyeri disebuah gambar tubuh manusia. Pada bagian kedua klien memilih 20 kata yang menjelaskan kualitas sensorik, efektif, evaluatif, dan kualitas lain dari nyeri. Pada bagian ketiga klien memilih kata seperti singkat, berirama atau menetap untuk menetap untuk menjelaskan pola nyeri. Pada bagian keempat klien menentukan tingkatan nyeri pada suatu skala 0 sampai 5 (Syaiful dkk, 2020).

Alat bantu lain yang digunakan untuk menilai intensitas atau keparahan nyeri klien:

#### **1. Face Pain Rating Scale**

Menurut Wong dan Baker (1998), pengukuran skala nyeri menggunakan Face Pain Rating Scale yaitu terdiri dari 6 wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk "tidak ada nyeri" hingga wajah yang menangis untuk "nyeri berat".



Gambar 2.2 Face pain rating scale

Keterangan:

Face-pain scale : 0 (tidak nyeri/gembira)

Face pain scale : 2 (Wajah masih tampak sedikit senyum)

Face pain scale : 4 (Wajah tidak ada senyum, nyeri ringan sudah tidak dapat ditoleran)

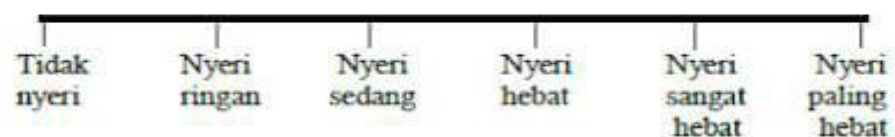
Face pain scale : 6 (wajah mengerut atau bermuka masam, nyeri sedang)

Face pain scale : 8 (wajah mengerat, alis mata turut mengerut ke atas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat)

Face pain scale : 10 (wajah dan alis mata semakin mengerut. Air mata keluar/menangis, nyeri digambarkan sebagai nyeri sangat hebat)

## 2. Skala intensitas nyeri deskriptif

Gambar  
Skala Intensitas Nyeri Deskripsi Sederhana



Gambar 2.3 Skala nyeri deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan". Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

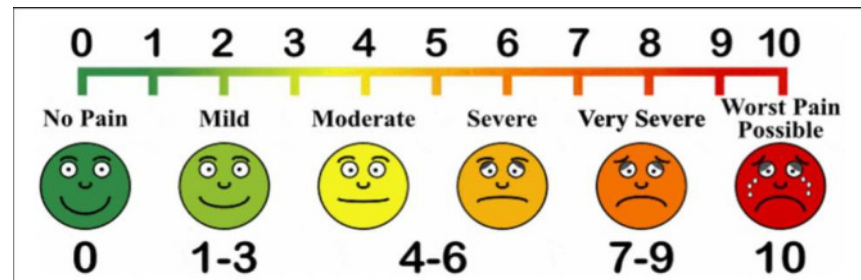
### 3. Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 2.4 Numerical Rating scale

Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.

#### 4. Visual Analog Scale (VAS)



Gambar 2.5 Visual analog scale

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

#### 5. Skala nyeri borbanis



Gambar 2.6 Skala nyeri bourbanis

Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis,

menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : Nyeri berat secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat: Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

## **2.3 Konsep kombinasi Aromaterapi Lavender dan Endorfin *Messege***

### **2.3.1 Pengertian Aromaterapi dan Pijat Endorphin**

Aromaterapi merupakan sebuah terapi komplementer yang melibatkan penggunaan wewangian berasal dari minyak esensial. Minyak esensial dapat dikombinasikan dengan base oil (minyak campuran obat) yang dapat dihirup atau digunakan sebagai minyak untuk massage ke kulit. Terapi ini dapat dilakukan dengan berbagai macam metode seperti pijat, semprotan, inhalasi, mandi, kumur, kompres dan juga pengharum ruangan. Aromaterapi melalui hidung (inhalasi) adalah rute yang jauh lebih cepat dibanding cara lain (Prasetyo dan Susilo, 2020).

Aromaterapi lavender mengandung linalyl asetat dan linalool dimana linalyl asetat berfungsi melonggarkan sistem kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tegang dan linalool memiliki manfaat sebagai efek

relaksasi dan sedatif, sehingga ketika minyak esensial terhirup sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat emosional otak. Aromaterapi lavender merangsang kerja sel neurokimia untuk menstimulus pengeluaran enkafelin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan yang tenang (Rahmayani dan Machmudah, 2022).

Endorpin Massage yaitu teknik sentuhan dan pijatan ringan ini sangat penting bagi ibu nifas post *sectio caesaria* untuk memberikan rasa tenang dan nyaman, serta meningkatkan kondisi rileks dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit. Pijat ini dilakukan dengan sentuhan ringan ujung jari yang dimulai dari punggung kemudian ke lengan dan menyeluruh keseluruhan tubuh. Endorpin massage selain dapat meningkatkan hormon endorpin. Endorpin adalah polipeptida, yang mampu mengikat ke reseptor saraf di otak untuk memberikan bantuan dari rasa sakit yang di sekresi oleh kelenjar hipofise. Endorpin merupakan hormon penghilang rasa sakit yang alami berkitan dengan reseptor opioid dalam otak. Selain itu, endorpin massage juga punya peranan dalam mengatasi stres dalam masa nifas dan mampu mengurangi rasa nyeri pasca operasi *sectio caesaria*.

### **2.3.2 Tujuan**

Menurut (Anjelia, 2022) ada beberapa tujuan dari pemberian kombinasi aromaterapi lavender dan endorpin massage pada pasien *sectio caesaria*

- 1 Dapat mengurangi nyeri pada perineum
- 2 Mengurangi kecemasan
- 3 Mengatasi setres dalam masa nifas
- 4 Meningkatkan kenyamanan tidur
- 5 Meredakan nyeri pasca operasi
- 6 Meningkatkan kadar oksitosin dalam darah
- 7 Memberikan ketenangan dan kenyamanan
- 8 Menurunkan kadar hormon adenokortikotropin

### **2.3.3 Mekanisme kerja kombinasi Aromaterapi Lavender dan Endorphin Massage**

Mekanisme terapi uap aromaterapi lavender dapat menurunkan nyeri post *sectio caesaria* , dimana aromaterapi lavender mengandung linalyl asetat dan linalool dimana linalyl asetat berfungsi dapat melonggarkan sistem kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tegang dan linalool memiliki manfaat sebagai efek relaksasi dan sedative, sehingga ketika minyak esensial terhirup, sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat emosional otak. Aromaterapi lavender merangsang kerja sel neurokimia karena aroma yang menyenangkan akan menstimulus pengeluaran enkafelin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan yang tenang. Aromaterapi lavender yang diaplikasikan dalam menangani nyeri memberikan efek yang baik dalam penurunan nyeri (Rachmayani dkk, 2022).

Sedangkan mekanisme kerja pijat endorfin ini adalah dengan memicu akibat sentuhan pada permukaan kulit. Sentuhan pada permukaan kulit mampu meningkatkan sirkulasi dan merangsang pelepasan endorfin, pelepasan hormon endorfin menyebabkan persepsi terhadap rasa nyeri menjadi lebih terkontrol sehingga dapat berperan sebagai analgesic yang kuat untuk menekan rasa nyeri yang dirasakan tubuh (Yurike, 2019). Teori sentuhan ringan Endorfin massage adalah mengenai otot polos yang berada tepat di bawah permukaan kulit atau biasa disebut pilus erector yang bereaksi lewat kontraksi ketika dirangsang. Ketika hal ini terjadi, otot menarik rambut yang ada di permukaan yang menegangkan dan menyebabkan bulu kuduk seperti merinding. Berdirinya bulu kuduk ini membantu untuk membentuk endorphine, hormon yang menimbulkan rasa nyaman dan mendorong relaksasi (Mongan, 2021).

#### **2.3.4 Evidence based kombinasi Pijat Endorfin dan Aromaterapi Lavender**

Hasil penelitian Sari dkk (2024), Article Pengaruh kombinasi Pijat endorpin dan Aromaterapi lavender terhadap nyeri luka post *sectio caesaria* pada ibu primipara di RSUD Pandan Arang Boyolali tahun 2024 dengan menggunakan desain penelitian *Quasy eksperimen*. Dari hasil penelitian didapatkan 18 responden dengan nilai rata rata nyeri pada ibu post *sectio caesaria* yang dilakukan kombinasi pijat Endorfin dan aromaterapi lavender sebelum tindakan memiliki median nyeri 5,

sedangkan setelah diberikan kombinasi pijat Endorphin dan Aromaterapi lavender memiliki median nyeri 3, hal ini berarti ada pengaruh kombinasi pijat endorphin dan aromaterapi lavender terhadap nyeri luka post *sectio caesaria* yang diberikan setelah 6-7 jam Operasi *sectio caesaria* pada saat ibu mulai mobilisasi aktif dengan diberikan kombinasi pijat endorphin dan uap aromaterapi lavender selama 15-30 menit pada saat ibu mengeluhkan nyeri berat, dikarenakan dengan kombinasi pijat endorphin dan aromaterapi lavender ibu akan menjadi lebih nyaman dan relaks ditambah dengan Aromaterapi lavender ibu akan semakin relaks sehingga akan menurunkan nyeri yang dirasakan ibu. (Sari dkk, 2024)

Hasil penelitian Hartanti dkk (2024), Article Pengaruh kombinasi pijat massage dan aromaterapi lavender terhadap nyeri luka post *sectio caesaria* pada ibu primipara di RS Jih Solo tahun 2024 dengan desain penelitian *quasi eksperimen*. Berdasarkan hasil analisis terapi dilakukan saat efek anastesi mulai habis dan ibu siap melakukan mobilisasi aktif dijangka waktu 6-7 jam setelah operasi dapat diberikan terapi selama 30 menit dilakukan selama 2-3 kali saat ibu merasakan nyeri aktif pasca operasi *sectio caesaria*, dengan pengaruh kombninsi pijat endorphin dan aromaterapi lavender didapatkan 18 responden yang dilakukan tindakan yang dimana sebelum dilakukan tindakan median nyeri 5 sedangkan setelah deiberikan kombinasi pijat endorphin dan aromaterapi lavender memiliki median nyeri 3. Maka dapat disimpulkan bahwa tindakan pemberian kombinasi pijat endorphin dan aromaterapi avender pada ibu

post *sectio caesaria* dengan cara pijat ini dilakukan dengan sentuhan ringan ujung jari yang dimulai dari punggung kemudian ke lengan dan menyeluruh keseluruhan tubuh telah dilakukan penelitian membuktikan bahwa wanita yang diberikan pijatan di daerah punggung mulai dari batas leher sampai batas bawah scapula di sekitar ruas tulang belakang selama 15 menit dapat meningkatkan kadar oksitosin dalam darah, menurunkan kadar hormon adenokortikotropin sehingga akan menstimulasi produksi endorphin yang merupakan pereda sakit alami, terapi nonfarmakologi lainnya untuk menurunkan nyeri adalah aromaterapi lavender dengan menggunakan diffuser yang dinyalakan diruang tertutup yaitu 4 tetes (2ml) dan 240 ml air ibu akan merasa lebih rileks dan tenang setelah menghirup Aromaterapi lavender sehingga berpengaruh pada nyeri post *sectio caesaria* yang dirasakan.(Hartanti dkk, 2024)

### 2.3.5 Prosedur Tindakan kombinasi Pijat Endorphin dan uap aromaterapi lavender

**Tabel 2.1 Standar operasional praktik (SOP)**

**Kombinasi uap aromaterapi lavender dan Pijat Endorphin**

No	Kegiatan	Gambar
1	<p><b>Pra Interaksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan SOP Pijat Endorphin dan aromaterapi lavender yang akan digunakan</li> <li>b. Mengumpulkan data pasien</li> <li>c. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat</li> <li>d. Mengkaji kesiapan ibu</li> </ul>	

	untuk melakukan terapi Pijat Endorphin dan uap aromaaterapi lavender	
2	<p><b>Tahap Interaksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membina hubungan saling percaya</li> <li>b. Memberi salam terapeutik</li> <li>c. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>d. Menyampaikan keuntungan dan kerugian prosedur yang akan dilakukan</li> <li>e. Menyampaikan kontrak waktu</li> <li>f. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien</li> <li>g. Menjaga privasi klien</li> </ul>	
3	<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji skala nyeri dengan PQRST dan ukur tingkat nyeri dengan numeric rating scale</li> <li>b. Observasi tingkat nyeri</li> <li>c. Setelah 24 jam post operasi pasien sudah dianjurkan untuk belajar duduk dan dilanjutkan belajar berjalan</li> <li>d. Atur posisi klien menjadi berbaring tengkurap atau duduk selanjor diatas tempat tidur</li> <li>e. Posisi penolong duduk di samping ibu atau berdiri belakang pasien</li> <li>f. Anjur pasien tutup mata dan tarik napas dalam sebelum menghembuskan nya dengan lembut</li> <li>g. Buka tutup diffuser lalu isi dengan air</li> <li>h. Teteskan minyak esensial sebanyak 4 tetes esensial oil dalam 240ml dalam diffuser.</li> <li>i. Berikan selama 15 menit</li> </ul>	  

- pada saat nyeri dengan jarak 50cm dari lokasi
- j. Tutup diffuser dan tancapkan kabel diffuser ke stop kontak, atur kecepatan keluarnya uap diffuser.
  - k. Anjur klien untuk menghirup aromaterapi dengan rileks
  - l. Dilanjutkan dengan Penolong melakukan sentuhan atau pijatan ringan dengan menggunakan ujung jari
  - m. Pijat dilakukan dengan sentuhan ringan ujung jari secara lembut yang dimulai dari bagian leher belakang, bahu, lengan hingga tangan dilakukan pada bagian kiri dan kanan punggung,
  - n. Dilanjutkan pada Bagian services ke tujuh hingga ke tulang rusuk embentuk huruf V terbalik, lanjut pada bagian punggung dengan cara memutar area punggung, punggung atas dan bawah secara bergantian
  - o. Dan dilanjutkan pada bagian bokong dan tulang ekor
  - p. Lakukan pijatan ringan dengan ujung jari bersamaan saat memebrikan terapi uap dilakukan bersamaan selama 15 menit.
  - q. Anjur klien untuk tetap mengatur napas agar klien merasa tenang dan rileks di seluruh tubuh.
  - r. Setelah selesai terapi uap aromaterapi lavender dan pijat endorphin atur kembali



	pasien ke posisi nyaman	
4	<p><b>Evaluasi dan Tindak Lanjut</b></p> <p>a Melakukan evaluasi tindakan</p> <p>b Mengukur skala nyeri dengan PQRST dan ukur dengan <i>numeric rating scale</i></p> <p>c Observasi perubahan tingkat nyeri</p> <p>d Menganjurkan keluarga untuk dapat melakukan uap aromaterapi dan pemijatan secara mandiri</p> <p>e Menanyakan perasaan klien setelah melakukan terapi uap aromaterapi dan pijat Endorphin</p> <p>f Evaluasi subjektif dan objektif</p> <p>g Salam terapeutik dengan klien</p> <p>h Mencuci tangan</p>	
5	<p><b>Dokumentasi</b></p> <p>a Dokumentasikan : nama klien, tanggal dan jam pelaksanaan, dan respon pasien</p> <p>b Paraf dan nama perawat jelas dicantumkan pada catatan pasien</p>	

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga diketahui permasalahan yang dialami oleh klien (Nuraeni&Wianti, 2021).

Pengkajian keperawatan pada ibu *sectio caesaria* menurut Sagita (2019) adalah sebagai berikut:

#### 1. Data subyektif

##### a Identitas Pasien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi.

##### b. Data Riwayat kesehatan

##### 1) Keluhan utama

##### *Pre sectio caesaria*

Keluhan pada saat Ibu datang dengan usia kehamilan mencapai 38-40 minggu, biasanya datang dengan nyeri kontraksi yang terus menerus, rasa cemas (ansietas) yang meningkat akan kesiapan operasi caesaria dan terganggunya pergerakan imobilitas fisik akibat rasa nyeri kontraksi

##### *Post sectio caesaria*

Keluhan utama pada post sectio caesaria adalah biasanya mengeluh nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah

operasi, tngis, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah dan nafsu makan berubah.

## 2) Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

## 3) Riwayat Kesehatan Sekarang

*Sectio caesaria*,

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

*Post Sectio caesaria*,

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita

## 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu adanya penyakit keluarga seperti hipertensi, DM dan apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

c. Riwayat Perkawinan

Meliputi beberapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga \ mempengaruhi proses nifas.

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

2) Riwayat Persalinan Sekarang

*Pre Sectio caesaria* ,

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang diminum dan cara penanggulangan.

*Post Sectio caesaria* ,

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan

3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan

apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

e. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

f. Data psikologi

*Pre Sectio caesaria ,*

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan agar perawat dapat memberikan penjelasan lebih lanjut.

*Post Sectio caesaria ,*

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya.

g. Data Pengetahuan

*Pre Sectio caesaria ,*

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang persiapan melahirkan.

*Post Sectio caesaria* ,

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas.

h. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

1) Pola nutrisi

*Pre sectio caesaria*

menggambarkan bagaimana nutrisi ibu, selama masa kehamilan seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan.

*Post sectio caesaria*

Ibu post *Sectio caesaria* , harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas.

2) Pola eliminasi

*Pre sectio caesaria*

Bagaimana pola fungsi sekresi seperti buang air kecil dan besar yang terkaji dalam frekuensi, warna, bau.

*Post sectio caesaria*

Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan.

### 3) Pola istirahat dan tidur

#### *Pre sectio caesaria*

Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.

#### *Post sectio caesaria*

Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.

### 4) Personal Hygiene

#### *Pre sectio caesaria*

Bagaimana kebersihan diri pasien.

#### *Post sectio caesaria*

untuk mengetahui bagaimana kebersihan diri pasien pada masa nifas, terutama pada area genitalia atau area insisi pada abdomen apabila pasien melakukan persalinan dengan SC.

### 5) Aktivitas

#### *Pre sectio caesaria*

Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan aktivitas.

### *Post sectio caesaria*

Untuk mengetahui apakah pasien post partum mengalami penurunan aktivitas, mobilisasi dini post partum sebaiknya dilakukan yaitu dengan mika/miki, duduk dan berjalan.

## 2. Data Obyektif

### a Tanda-Tanda Vital

#### 1) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

#### 2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat  $> 80$  x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

#### 3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat  $>120/90$  mmHg

### b Pemeriksaan fisik

Tabel 2.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	<i>Pre sectio caesaria</i>	<i>Post sectio caesaria</i>
Mata	Diperiksa bagian sklera dan konjungtiva	Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan

		konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubi atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri), reflek pupil terhadap cahaya mosisi atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan pada kedua bola mata.
Hidung	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa
Mulut	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi
Leher	Pemeriksaan JVP. dan tiroid	Pemeriksaan JVP. dan tiroid
Paru-paru	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.
Cardiovaskuler	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.
Payudara	Payudara tidak ada pembengkakan	Infeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi.
Abdomen	Pemeriksaan DJJ Pemeriksaan Leopold Leopold 1 :  1 Apabila kepala janin dibagian fundus yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting.	Apakah kembung, asietas, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi <i>Sectio caesaria</i> ,.

	<p>2 Apabila bokong janin teraba dibagian fundus, yang terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melintang.</p> <p>3 Apabila posisi janin melintang pada reahim, maka pada fundus teraba kosong</p> <p>Leopold 2</p> <p>1 Bagian punggung : akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan</p> <p>2 Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) : akan teraba kecil, bentuk atau posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif</p> <p>Leopold 3</p> <p>1 Bagian keras, dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.</p> <p>2 Apabila bagian janin terbawah janin memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang sudah tidak bisa.</p> <p>Leopold 4</p> <p>1 Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen), berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak</p>	<p>Mengkaji luka jahitan post <i>Sectio caesaria</i> , yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak). Dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post <i>Sectio caesaria</i> ,.</p>
--	---	---

	bertemu (divergen), maka bagian terendah janin memasuki PAP.	
Genitalia	Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak	Bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.
Ekstremitas	Adanya edema atau tidak, varises atau tidak	Kaji kesimetrisan, kekuatan otot dan ada tidaknya edema.

c Pemeriksaan penunjang

Menurut (Sri, A. 2020) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ibu sectio caesaria adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan darah lengkap, Pemeriksaan Urinalisis :  
menentukan kadar albumin/glukosa, pelvimetri : menentukan CPD
- 2) Pemeriksaan Kultur : untuk mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- 3) Pemeriksaan Ultrasonografi : untuk melokasikan plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- 4) Pemeriksaan Amniosintesis : untuk mengkaji maturitas paru janin.

### 2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pra Operasi mencakup :

- 1 Nyeri berhubungan dengan pencedera fisiologis
- 2 Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- 3 Resiko cedera pada janin berhubungan dengan koping individu tidak efektif.

Diagnosa keperawatan Post *Sectio caesaria* , yaitu :

- 1 Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen
- 2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 3 Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- 4 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

### 2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel 2.3 Rencana keperawatan pre *sectio caesaria*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar luaran keperawatan indonesia)	Intervensi keperawatan (Standar intervensi keperawatan indonesia)
1	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2 Meringis menurun (5)</li> <li>3 Gelisah menurun (5)</li> <li>4 Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>5 Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</li> <li>6 Uterus teraba membulat menurun (5)</li> <li>7 Muntah menurun (5)</li> <li>8 Mual menurun (5)</li> <li>9 Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>10 Pola nafas membaik (5)</li> <li>11 Tekanan darah membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</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 non verbal</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>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik distraksi pijat endorphin dan aromaterapi lavender)</li> <li>2 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3 Fasilitas istirahat dan tidur</li> </ol>

			<p>4 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</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. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik distraksi aromaterapi lavender)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun (5)</li> <li>3. Perilaku tegang menurun (5)</li> <li>4. Frekuensi nafas menurun (5)</li> <li>5. Frekuensi nadi menurun (5)</li> <li>6. Tekanan darah menurun (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Persiapan Pembedahan (I.14573)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis)</li> <li>2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG</li> <li>3. Monitor kadar gula darah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati)</li> <li>2. Fasilitasi pemeriksaan penunjang (mis. Foto toraks,pemeriksaan <i>x-ray</i>)</li> <li>3. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan</li> <li>4. dokumen-dokumen pra operasi (mis. Bebaskan</li> </ol>

			<p>area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan</li> <li>6. Pastikan kelengkapan Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</li> <li>7. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis kursi roda, tempat tidur)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi</li> <li>2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi</li> <li>3. Latih teknik terapi mobilisasi dini</li> <li>4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan</li> <li>5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptic</li> <li>6. Jelaskan prosedur untuk melakukan teknik distraksi mobilisasi dini setelah dilakukan operasi SC</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik)</li> <li>2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien</li> <li>3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi</li> <li>4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah</li> </ol>
--	--	--	--

3	Resiko cedera pada janin berhubungan koping individu tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil : 1. Kejadian cedera menurun (5) 2. Luka/lecet menurun (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Frekuensi napas membaik (5)	<b>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin (I.02055)</b> Observasi 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa denyut janin selama 1 menit 6. Monitor denyut jantung janin 7. Monitor tanda vital ibu  Terapeutik 1. Atur posisi pasien 2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin  Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan.
---	--	---	---

Tabel 2.4 Rencana keperawatan Post sectio caesaria

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar luaran keperawatan indonesia)	Intervensi keperawatan (Standar intervensi keperawatan indonesia)
1	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Meringis menurun (5)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</li> <li>6. Uterus teraba membulat menurun (5)</li> <li>7. Muntah menurun (5)</li> <li>8. Mual menurun (5)</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>10. Pola nafas membaik (5)</li> <li>11. Tekanan darah membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</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 non verbal</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>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik distraksi dengan pijat endorphin dan aromaterapi lavender)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>

			<p>Edukasi</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. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik distraksi dengan aromaterapi lavender)</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</li> <li>2. Nyeri menurun (5)</li> <li>3. Kecemasan menurun (5)</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun (5)</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Dukungan Ambulasi (I.06171)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi</li> <li>4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk)</li> <li>2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>

3	Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)</li> <li>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat (5)</li> <li>4. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI : Edukasi Menyusui (I.12393)</b></p> <p>Observasi</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>Terapeutik</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 meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ol>
---	--	--	--

4	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka Tingkat infeksi berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kebersihan tangan meningkat (5)</li> <li>2 Kebersihan badan meningkat (5)</li> <li>3 Nafsu makan meningkat (5)</li> <li>4 Demam menurun (5)</li> <li>5 Kemerahan menurun (5)</li> <li>6 Nyeri menurun (5)</li> <li>7 Bengkak menurun (5)</li> <li>8 Kultur darah membaik (5)</li> <li>9 Kultur urine membaik (5)</li> <li>10 Kultur area luka membaik (5)</li> <li>11 Kultur feses membaik (5)</li> <li>12 Kadar sel darah putih membaik (5)</li> </ol>	<p><b>SIKI: Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2 Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3 Ajarkan etika batuk</li> <li>4 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>
---	---	--	--

#### 2.4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Implementasi pada asuhan keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga dan pada anggota keluarga lainnya. Implementasi yang ditunjukkan pada individu meliputi :tindakan keperawatan langsung, tindakan kolaboratif dan pengobatan dasar, tindakan observasi dan tindakan pendidikan kesehatan (Ariyanti et al, 2023).

#### 2.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon klien dan pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, serta implementasi dari proses keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Ariyanti et al, 2023).

1 Evaluasi formatif (proses) Adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan bertujuan untuk menilai hasil implementasi secara bertahap sesuai dengan kegiatan yang dilakukan, sistem penulisan evaluasi formatif inii biasanya ditulis dalam catatan kemajuan atau menggunakan sistem SOAP yaitu :

S : Hal yang dikemukakan oleh keluarga atau anggota keluarga.

O : Hal yang diperoleh dari hasil ukur/pemeriksaan perawat.

A : Analisa hasil yang telah dicapai, biasanya mengacu pada masalah atau tujuan.

P : Rencana tindakan yang akan dilakukan.

2 Evaluasi sumatif (hasil) Adalah evaluasi akhir yang bertujuan untuk menilai secara keseluruhan, sistem penulisan evaluasi sumatif ini dalam bentuk catatan naratif atau laporan ringkasan Ada beberapa metode yang perlu dilaksanakan dalam melakukan evaluasi diantaranya adalah observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi (Dion & Yasinta, 2015).