

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.3 Konsep Dasar Post Partum *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Pueperium/ nifas menurut Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (2002), adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama \pm 6 minggu (Aspiani, 2017).

Menurut Abdul Bari (2000), masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir apabila alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu (Aritonang & Simanjuntak, 2021)

Masa nifas (*pueperium*) adalah keadaan sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) hingga alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Rini & Kumala, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *post partum* atau masa nifas adalah masa setelah persalinan yakni 2 jam setelah lahirnya plasenta hingga keadaan organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil atau biasanya sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah proses persalinan.

b. Tahapan *post partum*1) *Immediate post partum* (setelah plasenta lahir-24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, masalah yang sering terjadi yaitu pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2) *Early post partum* (24 jam – 1 minggu)

Pada tahap ini pastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) *Late post partum*

Pada tahap ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan serta lakukan konseling/pendidikan kesehatan mengenai keluarga berencana (KB). (Wahyuningsih, 2019)

c. Perubahan masa nifas

1) Perubahan fisik

a) Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi, proses involusi adalah proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil. Proses involusi terjadi segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Rini & Kumala, 2016).

Proses involusi uterus yaitu sebagai berikut :

(1) Iskemia miometrium

Disebabkan karena kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) *Autolysis*

Autolysis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterin. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan karena adanya penurunan hormone estrogen dan progesteron.

(3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Rini & Kumala, 2016).

Tabel 2. 1 Perubahan uterus

Waktu	TFU	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat –sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber : (Wahyuningsih, 2019)

b) *Lochea*

Lochea merupakan cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas (Aspiani, 2017).

Pengeluaran lochea dapat dibedakan berdasarkan jumlah dan warnanya :

1) *Lochea rubra* (hari ke-1 sampai hari ke-3)

Berwarna merah dan hitam terdiri dari sel desidua, *verniks kaseosa*, rambut lanugo, mekonium, serta sisa darah.

2) *Lochea sangiolenta* (hari ke-3 sampai hari ke-7)

Berwarna putih bercampur merah.

3) *Lochea serosa* (hari ke-7 sampai hari ke-14)

Berwarna kekuningan mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.

4) *Lochea alba*

Berwarna putih setelah hari keempat belas (Aspiani, 2017).

c) Endometrium

Endometrium mengalami *invulusi* daerah *implantasi plasenta*. *Nekrosis* pembuluh darah terjadi hari 2-3 *post partum*. Pada hari ke 7 terbentuk lapisan basal dan pada hari ke-16 normal kembali (Aspiani, 2017).

d) Mamae/payudara

Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi (Wahyuningsih, 2019)

e) Sistem pencernaan

Penurunan tonus abdomen, kurang intake menjelang partus dan pengaruh klisma. (Aspiani, 2017)

f) Sistem perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke-4 setelah melahirkan, kurang dari 40% wanita *post partum* mengalami proteinuri non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi (Wahyuningsih, 2019)

g) Sistem muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula (Wahyuningsih, 2019).

h) Sistem endokrin

Hormon-homon yang berperan :

- 1) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal.
- 2) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI.
- 3) Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun sedangkan progesteron meningkat.

i) Perubahan tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah biasanya naik dan kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai.
- 2) Nadi dan nafas, nadi bradikardi apabila nadi takikardi waspada adanya perdarahan. Pernafasan akan meningkat setelah persalinan kembali normal.

3) Suhu tubuh dalam 24 jam pertama bisa mencapai $>38^{\circ}\text{C}$, namun apabila pada hari 1 - 2 sampai hari ke 10 suhu mencapai $>38^{\circ}\text{C}$ hati-hati terhadap adanya infeksi (Wahyuningsih, 2019).

2) Perubahan psikologis

Fase-fase yang akan di alami oleh ibu pada masa nifas sebagai berikut :

a) *Taking in* (hari ke-1 sampai hari ke-2)

Fase *taking in* adalah periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama hingga hari kedua setelah melahirkan. *Taking in* merupakan periode dimana ibu fokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.

b) *Taking hold* (hari ke-3 sampai hari ke-10)

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3 hari – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi.

c) *Letting go* (hari ke-10 sampai berakhirnya masa nifas)

Fase *letting go* adalah fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan hingga berakhirnya masa nifas. Pada fase ini ibu sudah tampak mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri serta bayinya (Rini & Kumala, 2016).

2.1.2 Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

a. Definisi *sectio caesarea*

Menurut Rahmawati (2016), *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh (Iyan, 2021).

Sectio Caesarea adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut yang dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu karena adanya bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Aspiani, 2017).

Sectio Caesarea adalah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu hysterotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Putra et al., 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan dinding rahim yang dilakukan karena adanya bahaya atau komplikasi sehingga dapat mencegah kematian janin maupun ibu.

b. Indikasi *sectio caesarea*

Menurut Mochtar R (2002), terdapat 2 indikasi dilakukannya *sectio caesarea* yaitu :

- 1) Indikasi ibu
 - a) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis.

- b) Panggul sempit.
- c) Disproporsi sefalo-pelvik, partus lama.
- d) Rupture uteri.
- e) Partus tak maju.
- f) Distosia serviks.
- g) Pre-eklamsia dan hipertensi.
- h) Disfungsi uterus, dan
- i) Distosia jaringan lunak.
- 2) Indikasi janin
 - a) Letak lintang.
 - b) Letak bokong.
 - c) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
 - d) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
 - e) Gemelli (kembar), dilakukan *sectio caearea* apabila :
 - (i) Apabila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*).
 - (ii) Apabila terjadi interlock (*locking of the twins*)
 - (iii) Distosia oleh karena tumor
 - (iv) Gawat janin
 - f) Kelainan uterus :
 - (i) Uterus arkuatus
 - (ii) Uterus septus

(iii) Uterus duplekus

(iv) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke pintu atas panggul. (Aspiani, 2017)

c. Klasifikasi *sectio caesarea*

Menurut Mochtar (2002), tindakan *sectio caesarea* dibagi menjadi 3 jenis, sebagai berikut :

1) *Sectio transperitonealis profunda*

Sectio caesarea jenis ini yaitu dengan insisi di segmen bawah uterus, dapat dilakukan dengan teknik melintang atau memanjang.

Keunggulan/kelebihan :

- a) Perdarahan luka insisi tidak banyak.
- b) Penjahitan luka lebih mudah.
- c) Penutupan luka dengan repetonial yang baik
- d) Bahaya peritonitis tidak besar.
- e) Tumpang tindih dari peritonial Flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritonium.
- f) Perut pada uterus umumnya kuat, sehingga bahaya rupture uteri tidak besar di kemudian hari.

Kelemahan/kerugian :

- a) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan dan bawah, yang dapat menyebabkan putusnya arteri uterine.
- b) Keluhan pada kandung kemih *post operasi* tinggi.

2) *Sectio* korporal atau klasik

Insisi jenis ini di buat pada korpus uteri, jenis ini dilakukan apabila tidak dapat dilakukan melalui *sectio* transperitonealis profunda misalnya, melekat erat-nya uterus pada dinding perut karena *sectio* yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

Kelebihan :

- a) Mengeluarkan janin lebih cepat.
- b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik.
- c) Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal.

Kekurangan :

- a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
 - b) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi rupture uteri spontan.
- 3) *Sectio caesarea* peritoneal

Dilakukan tanpa membuka peritoneum sehingga tidak membuka kavum abdominal. Pembedahan jenis ini jarang di lakukan, pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi dan biasanya dilakukan pada pasien dengan infeksi uterin berat. (Aspiani, 2017)

d. Komplikasi *sectio caesarea*

Menurut Mochtar R (2002), beberapa komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *sectio caesarea* yaitu :

- 1) Infeksi *puerperal* (nifas)
 - a) Ringan, ditandai dengan adanya kenaikan suhu namun beberapa hari saja.

- b) Sedang, ditandai dengan adanya kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan sedikit kembung pada perut.
 - c) Berat, ditandai dengan adanya peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.
- 2) Perdarahan
 - 3) Luka kandung kemih
 - 4) Kemungkinan *rupture uteri* spontan pada kehamilan yang akan datang (Aspiani, 2017).

Menurut Khasanah (2014), terdapat komplikasi yang timbul akibat tindakan *sectio caesarea*, antara lain :

- 1) Komplikasi pada ibu
 - a) Infeksi luka insisi.
 - b) Perfarahan.
 - c) Luka kandung kemih.
- 2) Komplikasi pada janin
 - a) Kematian perinatal
 - b) Hipoksia janin. (Iyan, 2021)

2.1.3 Konsep Infeksi Luka

a. Definisi

Menurut Suriadi (2007), luka diartikan sebagai gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan pada tubuh (Aminuddin et al., 2020).

Luka merupakan suatu kerusakan yang abnormal pada kulit yang menghasilkan kematian dan kerusakan sel-sel kulit. Luka juga dapat diartikan

sebagai interupsi kontinuitas jaringan, biasanya akibat dari suatu trauma atau cedera. (Wahyudi & Wahid, 2016).

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan akibat adanya substansi jaringan yang rusak atau hilang akibat cedera atau pembedahan (Wintoko & Yadika, 2020)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa luka adalah kerusakan integritas kulit karena terputusnya kontinuitas jaringan pada kulit akibat cedera, trauma atau pembedahan sehingga terjadinya kematian dan kerusakan sel-sel kulit.

Infeksi merupakan invasi dan multiplikasi mikroorganisme atau parasit dalam jaringan tubuh (Dorland, 2010).

Infeksi merupakan invasi dan poliferasi mikroorganisme pada jaringan tubuh, infeksi terjadi ketika mikroorganisme yang baru terbentuk berhasil menginvasi bagian tubuh ketika mekanisme pertahanan tubuh tidak efektif dan patogen tersebut menyebabkan kerusakan jaringan (Kozier et al., 2011)

Menurut Zulkarnain Iskandar (1998) , mengatakan bahwa infeksi adalah berhubungan dengan berkembangbiaknya mikroorganisme dalam tubuh manusia yang disertai dengan reaksi tubuh terhadapnya (Aspiani, 2017).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa infeksi merupakan invasi mikroorganisme atau parasit pada jaringan tubuh yang disertai dengan reaksi tubuh terhadapnya dan menyebabkan kerusakan jaringan.

b. Fase penyembuhan luka

1) *Inflamasi*

Fase ketika awal terjadinya luka atau cedera (0-3 hari). Pembuluh kapiler yang cedera mengalami kontraksi dan trombosis memfasilitasi hemostasis. Iskemik pada luka melepaskan histamine dan agen kimia vasoaktif lainnya yang menyebabkan vasodilatasi disekitar jaringan. Aliran darah akan lebih banyak ke daerah sekitar jaringan dan menghasilkan eritema, pembengkakan, panas dan rasa tidak nyaman seperti rasa sensasi berdenyut. Respons pertahanan melawan patogen dilakukan oleh polimononuklear atau leukosit dan makrofag ke daerah luka. Polimononuklear akan melindungi luka dari invasi bakteri ketika makrofag membersihkan debris pada luka (Wahyudi & Wahid, 2016).

2) *Proliferasi*

Fase *proliferasi* merupakan fase kedua dalam proses penyembuhan, fase ini terjadi pada hari ke-3 atau hari ke-4 sampai hari ke-21 setelah cedera. Fibrolas (sel jaringan ikat) yang bermigrasi ke luka dalam 24 jam setelah cedera mulai mensintesis kolagen. Kolagen merupakan zat protein berwarna keputihan yang dapat meningkatkan kekuatan regangan pada luka. Saat jumlah kolagen bertambah semakin meningkat pula kekuatan luka, sehingga kemungkinan luka untuk terbuka semakin berkurang. Apabila luka telah dijahit, “jembatan penyembuhan” akan terlihat dibawah garis jahitan yang utuh.

Pembuluh darah kapiler akan tumbuh melewati luka dan meningkatkan aliran darah. Fibrolas bergerak dari aliran darah ke dalam luka dan menyimpan benang-benang fibrin dalam luka. Saat jaringan pembuluh darah kapiler terbentuk jaringan

akan terlihat merah cerah jaringan ini disebut jaringan granulasi, yang rapuh dan mudah berdarah.

Apabila tepi luka tidak merapat, area tersebut akan terisi oleh jaringan granulasi. Saat jaringan granulasi matang, sel epitel yang berasal dari bagian tepi luka akan bergerak masuk ke area jaringan granulasi yang telah matang dan kemudian berproliferasi di atas lapisan jaringan ikat ini untuk mengisi daerah luka. Apabila proses epitelisasi tidak dapat menutup area luka, area luka akan tertutup dengan plasma sel yang kering dan sel-sel mati (Kozier et al., 2011).

3) *Maturasi*

Merupakan fase remodeling, dimana fungsi utamanya adalah untuk meningkatkan kekuatan regangan pada luka. Fase *maturasi* mulai terjadi sekitar hari ke-21 dan dapat berlangsung selama 1 sampai 2 tahun setelah cedera luka. Kemudian fibroblas terus mensintesis kolagen. Serat-serat kolagen tersebut, yang pada awalnya memiliki bentuk yang tidak beraturan akan berubah menjadi struktur jaringan yang teratur. Selama proses *maturasi* jaringan, luka akan mengalami pembaruan bentuk dan kontraksi. Jaringan parut akan menjadi lebih kuat, namun area yang sedang mengalami perbaikan tidak akan menjadi kuat seperti jaringan asalnya. Pada beberapa individu, terutama individu yang berkulit gelap, pada area luka akan muncul kolagen dalam jumlah yang tidak normal. Kondisi ini dapat menyebabkan terjadinya jaringan parut yang hipertrofik atau keloid (Kozier et al., 2011).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

Menurut InETNA (2004), penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks dan dinamis karena merupakan suatu kegiatan bioseluler dan biokimia yang terjadi saling berkesinambungan. Proses penyembuhan luka tidak hanya terbatas pada proses regenerasi yang bersifat lokal saja pada luka, namun dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik yakni :

1) Faktor instrinsik

Faktor instrinsik adalah faktor dari penderita yang dapat berpengaruh dalam proses penyembuhan meliputi : usia, status nutrisi dan hidrasi, oksigenasi dan perfusi jaringan, status imunologi, dan penyakit penyerta (*hipertensi, DM, Arthereosclerosis*).

2) Faktor ekstrinsik

Faktor ekstrinsik adalah faktor yang didapat dari luar penderita yang dapat berpengaruh dalam proses penyembuhan, meliputi : pengobatan, radiasi, stress psikologis, infeksi, iskemia dan trauma jaringan (Wahyudi & Wahid, 2016).

d. Klasifikasi Infeksi

Infeksi dapat dibedakan berdasarkan penyebarannya, yakni terdapat infeksi lokal dan infeksi sistemik.

1) Infeksi local

Infeksi yang terjadi terbatas pada bagian tubuh tertentu yakni pada tempat mikroorganisme berada.

2) Infeksi sistemik

Infeksi yang terjadi apabila mikroorganisme menyebar dan merusak bagian tubuh lain.

e. Tanda dan Gejala Infeksi

Pada ibu *post sc* perlu diwaspadai adanya tanda-tanda infeksi, karena apabila tidak diketahui secara dini dan tidak dilakukan tindakan akan mengakibatkan perburukan pada luka serta terjadi penyebaran infeksi. Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi luka menurut (Smeltzer, 2002) yaitu :

1) Rubor

Rubor atau kemerahan yaitu hal pertama yang terlihat ketika mengalami peradangan, saat reaksi peradangan timbul terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke tempat peradangan. Sehingga darah lebih banyak mengalir ke mikrosirkulasi lokal serta kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan yang seperti ini disebut hyperemia yang menyebabkan warna merah lokal karena peradangan akut.

2) Kalor

Kalor ini terjadinya bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut, kalor disebabkan oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celsius akan disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak dari pada ke daerah yang normal.

3) Dolor

Pengeluaran zat seperti histamin atau bioaktif dapat merangsang suatu saraf. Rasa sakit pula disebabkan oleh suatu tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

4) Tumor

Pembengkakan disebabkan oleh hiperemi dan juga sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan serta sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringa interstitial.

f. Pencegahan infeksi

1) Personal hygiene

Jaga kebersihan diri dengan mandi 2x sehari dan perhatikan daerah yang terluka jangan sampai terkena air/basah, karena dapat mengakibatkan kelembapan pada kulit yang terbungkus sehingga dapat menjadi tempat perkembangbiakkan kuman.

2) Nutrisi

Proses penyembuhan luka meningkatkan kebutuhan metabolisme tubuh. Klien membutuhkan makanan tinggi protein (telur, daging, ikan), karbohidrat (nasi, roti, gandum, jagung, umbi-umbian), lipid (susu, keju, minyak ikan, minyak kelapa). vitamin A dan C (buah-buahan dan sayuran), serta mineral.

3) Perawatan luka

Perawatan luka adalah tindakan merawat luka sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang dilakukan secara aseptik (Tampilang dkk., 2016). Tujuan perawatan luka menurut Smeltzer & Bare (2001), yaitu untuk menjaga luka agar tetap bersih, mencegah infeksi, dan membantu proses penyembuhan luka, serta meningkatkan kenyamanan fisik maupun psikologis. (Tampilang et al., 2016).

Adapun proses perawatan luka secara umum di bagi menjadi 3 tahapan yaitu pencucian, pengkajian dan pemilihan balutan.

a) Pencucian Luka

Pencucian luka merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam perawatan luka. Pencucian luka dibutuhkan untuk membersihkan luka dari mikroorganisme, benda asing, jaringan mati selain itu pencucian luka dapat memudahkan perawat dalam melakukan pengkajian luka. Tujuan dari pencucian luka sendiri adalah untuk membersihkan jaringan nekrotik, membuang dan mengurangi jumlah bakteri, membuang eksudat purulent, melembabkan luka, dan memelihara kebersihan jaringan kulit sekitar luka.

Pencucian luka yang baik dan benar akan mengurangi waktu perawatan luka atau mempercepat proses penyembuhan luka. Bila tujuannya untuk mengatasi infeksi maka cairan pencuci dapat menggunakan antiseptik (Aminuddin et al., 2020).

b) Pengkajian luka

Tujuan dilakukannya pengkajian luka yaitu untuk mendapatkan informasi yang relevan tentang luka pasien, untuk memonitor proses penyembuhan luka, menentukan program perawatan luka pada pasien, mengevaluasi keberhasilan perawatan.

Berikut beberapa hal yang dapat dikaji pada saat melakukan perawatan luka :

(1) Exudate

Kaji jenis exudate ; *serous* (cairan berwarna jernih), *hemoserous* (cairan *serous* yang berwarna merah terang), *sanguenous* (cairan berwarna darah

kental/pekat), *pulent* (kental mengandung nanah). Kaji jumlah exudate, bagaimana warna dan konsistensinya serta baunya.

(2) Nyeri

Kaji penyebab nyeri pada luka, apakah nyeri tersebut berhubungan dengan penyakit, pembedahan, trauma, atau infeksi.

(3) Infeksi luka

Infeksi klinis menurut Westaby (1985), dapat diartikan sebagai pertumbuhan organisme dalam luka yang berkaitan dengan reaksi jaringan. Reaksi jaringan tergantung pada daya tahan tubuh host terhadap invasi mikroorganisme. Derajat daya tahan tergantung pada faktor-faktor seperti status kesehatan, status nutrisi, pengobatan dan derajat kerusakan jaringan. Infeksi dapat mempengaruhi penyembuhan luka dan mungkin menyebabkan *dehiscence*, perdarahan dan infeksi sistemik yang mengancam kehidupan. Observasi luka terhadap adanya tanda dan gejala infeksi (rubor, calor, dolor, tumor).

c) Pemilihan balutan

Luka menyebabkan *desintegrasi* dan *discontinuitas* dari jaringan kulit. Sebagai akibatnya fungsi kulit dalam memproteksi jaringan yang ada di bawahnya menjadi terganggu. Tujuan utama dari balutan luka (*wound dressing*) adalah menciptakan lingkungan yang kondusif dalam mendukung proses penyembuhan luka (Aminuddin et al., 2020).

4) Minum obat sesuai anjuran, misalnya : Antibiotik untuk mencegah infeksi

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Dillon (2007), proses keperawatan adalah proses yang mencakup 5 tahapan yakni pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tujuan dilakukannya proses keperawatan adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan klien, menentukan prioritas masalah, memberikan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di rencanakan, dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan (Rahmi, 2021).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis guna menentukan status kesehatan dan respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengumpulan data dapat dilakukan melalui anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik serta studi dokumentasi hasil pemeriksaan penunjang serta rekam medis klien. Data yang diperoleh dapat berupa data objektif dan data subjektif (Induniasih & Hendarsih, 2018).

Data objektif adalah fakta dan informasi yang dapat diukur dan diobservasi mengenai klien dan kondisi kesehatannya secara keseluruhan. Data subjektif adalah pendapat atau apa yang diungkapkan oleh klien atau keluarga tentang perasaan yang dimiliki atau pengalaman yang telah terjadi. Data subjektif dapat diperoleh dari klien langsung (*autoanamnesa*) dan dapat pula diperoleh dari orang lain atau keluarga klien (*alloanamnesa*) (Induniasih & Hendarsih, 2018).

a. Data ibu

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, hari/tanggal pengkajian dilakukan, waktu/jam pengkajian, golongan darah, diagnosa medis, nomor telepon, status perkawinan, alamat rumah, dan alamat tempat bekerja apabila bekerja (Sakti, 2022).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama yang umumnya dirasakan oleh klien dengan *post sc* adalah nyeri pada bekas luka operasi, merasa lemah, takut untuk bergerak, dan merasa haus yang berlebihan (Iyan, 2021).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Kronologi dari awal keluhan dirasakan hingga klien dibawa ke rumah sakit. Memaparkan secara rinci terkait keluhan utama yang dirasakan klien saat dikaji meliputi Provokatif / paliatif, *Quality / Quantity, Region, Severity scale, Timing* (PQRST) (Sakti, 2022).

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit lain yang dimiliki klien yang dapat mempengaruhi penyakit saat ini, dan apakah klien memiliki riwayat tindakan operasi *sc* sebelumnya (Sakti, 2022).

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat penyakit *genetik* atau penyakit menular yang diderita oleh keluarga yang berhubungan dengan tindakan operasi *sc* seperti, tuberkulosis (TBC), diabetes mellitus (DM)/ gula, *hypertensi* / darah tinggi (Aspiani, 2017).

e) Riwayat Kesehatan Ginekologi dan obstetric

Riwayat ginekologi yang perlu dikaji meliputi riwayat menstruasi (kapan pertama kali menstulasi, bagaimana siklus menstulasi, dan keluhan yang dirasakan selama menstulasi), riwayat perkawinan (umur pada saat menikah, lama pernikahan, dan pernikahan yang ke berapa), riwayat keluarga berencana (jenis kontrasepsi yang digunakan serta lama penggunaannya, alasan melepas kontrasepsi, bagaimana dukungan dari keluarga terkait kontrasepsi yang digunakan, dan rencana kontrasepsi kembali sesudah melahirkan).

Sedangkan riwayat obstetri yang perlu dikaji meliputi, riwayat kehamilan dan persalinan serta nifas yang sebelumnya, kaji mengenai riwayat kehamilan sekarang (persalinan yang ke berapa, apakah sebelumnya pernah mengalami abostus/ keguguran atau tidak, hari pertama terakhir haid (HPHT), kapan taksiran persalinan, kapan tanggal persalinan, apakah terdapat tanda bahaya atau penyulit selama kehamilan, selama kehamilan apakah mengkonsumsi obat/jamu, pemberian imunisasi TT 1 dan TT 2, apakah terdapat kekhawatiran khusus pada kehamilan sekarang, apakah terdapat komplikasi kehamilan seperti preeklamsi, eklamsia, PMS, atau yang lainnya), selanjutnya mengkaji riwayat persalinan (jenis persalinan yang dilakukan, masa gestasi, bagaiman keadaan ketuban dan plasenta) (Sakti, 2022).

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Nutrisi (Makan dan Minum)

Menjelaskan serta membandingkan pola makan dan minum saat di rumah (sebelum di Rumah Sakit) dengan saat ini (di Rumah Sakit) terkait frekuensi makan, jenis makanan, porsi makan, keluhan yang dirasakan sebelum/sesudah makan, makanan yang di pantang, alergi makanan yang dimiliki dan suplemen atau vitamin yang biasa di konsumsi. Selanjutnya, kaji juga tentang jenis minuman yang dikonsumsi dan jumlah minuman yang dikonsumsi (Sakti, 2022).

b) Eliminasi

Meliputi frekuensi BAB, warna feses, dan konsistensinya. Kaji juga terkait frekuensi BAK, warna urin, dan bau urin tersebut, apabila masih terpasang *cateter* tidak perlu ditanyakan berapa kali ibu BAK cukup lihat pada *urin bag*. Dan kaji juga keluhan saat BAB maupun BAK (Sakti, 2022).

c) Istirahat dan Tidur

Meliputi berapa lama tidur malam dan berapa lama tidur siang, keluhan yang dirasakan, serta apakah ada hal yang dapat mempermudah tidur serta hal yang mempermudah bangun pada ibu *post sc*. Menurut Virginia Henderson, pada ibu dengan *post sc* biasanya terjadi gangguan istirahat tidur karena terdapat rasa nyeri pada daerah operasi dan merasa tidak nyaman karena masih terpasang *cateter* (Aspiani, 2017).

d) *Personal Hygiene*

Mengkaji pola *personal hygiene* ibu *post sc* meliputi frekuensi mandi, ganti pakaian, jenis pakaian yang digunakan, perawatan gigi, perawatan payudara dan

vulva hygiene. Pada klien dengan *post sectio caesarea* sebelum dilepasnya kateter maka ia membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* nya (Aspiani, 2017)

e) Pola Aktivitas/ Kebiasaan Hidup

Pola aktivitas/kebiasan hidup yang perlu di kaji meliputi keluhan yang dirasakan, beban pekerjaan, adat istiadat dan kaji apakah memiliki kebiasaan merokok atau minum minuman beralkohol. Menurut Virginia Henderson, pola aktivitas pada ibu *post sc* dapat terganggu karena adanya rasa nyeri di daerah operasi sehingga ibu membatasi pergerakan bahkan takut untuk bergerak (Aspiani, 2017).

4) Pemeriksaan Fisik

Pendekatan sistematis yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik pada ibu *post sc* ini yaitu menggunakan pendekatan *head to toe* yakni pemeriksaan fisik yang dilakukan dari ujung rambut hingga ujung kaki. Pemeriksaan dapat dilakukan menggunakan 4 metode yakni inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi. Inspeksi merupakan kegiatan melihat atau memperhatikan dengan saksama terkait kesehatan klien. Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara-suara dari rongga tubuh menggunakan *stetoskop*. *Perkusi* adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan mengetuk secara perlahan jari tengah menggunakan jari lain guna menentukan posisi, ukuran dan konsistensi suatu organ tubuh. Sedangkan *palpasi* merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan meraba atau merasakan (Rahmi, 2021)

a) Keadaan Umum

Kaji tingkat kesadaran pada ibu *post sc*, apakah *compos mentis*, *apatis*, *delirium*, *somnolen*, *stupor*, atau *coma* (Sakti, 2022).

b) Tanda-tanda Vital

Meliputi tekanan darah, nadi, *respirasi*, dan suhu. Pada ibu *post sc* dapat terjadi ketidaknormalan terkait tanda-tanda vitalnya seperti tekanan menurun <120/90 mmHg, nadi meningkat >80 x/menit, suhu meningkat >37,5°C, dan *respirasi* meningkat (Aspiani, 2017).

c) Antropometri

Meliputi TB, BB saat ini dan BB sebelum hamil, serta hitung IMT ibu *post sc* termasuk ke dalam kategori apa (Sakti, 2022).

d) Kepala

Lihat kebersihan rambut dan kulit kepala, apakah terdapat kerontokan atau tidak. Kaji apakah terdapat *cloasma gravidarum* atau tidak. Kaji keadaan mata, apakah penglihatan masih jelas atau tidak, konjungtiva apakah anemis, *sclera* ikterik atau tidak. Kaji kebersihan telinga dan bagaimana dengan fungsi pendengarannya. Kaji kebersihan hidung dan bagaimana dengan fungsi penciumannya. Kaji keadaan bibir bagaimana warnanya, bagaimana keadaan gusi, apakah terdapat gigi *caries*, gigi berlubang, gigi ompong atau gigi palsu. Inspeksi dan palpasi leher apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening (Sakti, 2022).

e) Dada

Lihat pergerakan nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung serta bagaimana irama jantung. Kaji keadaan payudara kanan dan kiri pada ibu *post sc* meliputi bentuknya, puting susu menonjol atau tidak, warna areola, apakah terdapat benjolan atau tidak, adakah pengeluaran kolostrum, dan bagaimana kebersihan payudara (Sakti, 2022).

f) Perut

Kaji keadaan luka bekas operasi, kaji letak luka operasi dan jenis sayatannya, inspeksi adanya striae, kaji penurunan TFU, bagaimana posisi uterus, terdapat kontraksi uterus atau tidak. Kaji tanda infeksi pada luka *post sc* menggunakan skala REEDA yakni *redness* (kemerahan), *edema* (bengkak), *ecchymosis* (kebiruan), *drainage* (keluarnya cairan atau serum dari luka), *approximation* (pendekatan antar tepi luka) (Sakti, 2022).

Redness, tampak kemerahan pada daerah penjahitan. *Edema*, adalah adanya cairan dalam jumlah besar yang abnormal di ruang jaringan intraseluler tubuh, menunjukkan jumlah yang nyata dalam jaringan subcutis, edema dapat terbatas yang disebabkan oleh obstruksi vena atau saluran limfatik atau oleh peningkatan permeabilitas vascular. *Ecchymosis* adalah bercak perdarahan yang kecil, lebih besar dari petekie (bintik merah keunguan kecil dan bulat sempurna menonjol). *Drainage* adalah adanya ekskresi atau pengeluaran dari daerah yang luka. *Approximation* adalah kedekatan jaringan yang dijahit.

g) Extremitas

Kaji ekstremitas atas kanan dan kiri meliputi bentuk, odema, dan keadaan kuku jari. Kaji juga ekstremitas bawah kanan dan kiri meliputi bentuk, odema, keadaan kuku jari, apakah terdapat varices, bagaimana reflek patella, kaji *hommans sign* (Sakti, 2022).

h) Genetalia

Kaji keadaan *vulva* / vagina bagaimana kebersihannya dan apakah terdapat odema atau tidak. Kaji lochea meliputi jenis, bau, warna dan jumlahnya (Sakti, 2022).

i) Data Psikologis

Meliputi bagaimana status emosi ibu *post sc*, pola koping, pola komunikasi, dan konsep diri (gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri). Kaji juga fase *taking in*, fase *taking hold*, dan fase *letting go* (Sakti, 2022).

j) Data Sosial

Kaji tentang bagaimana hubungan dan pola komunikasi ibu *post sc* dengan keluarga dan tetangganya, hubungan dengan tenaga kesehatan dan hubungan dengan sesama pasien (Sakti, 2022).

k) Data Spiritual

Bagaimana keyakinan dan makna hidup klien, kaji mengenai pengalaman dan emosi yang dirasakan klien, kaji persahabatan dan komunitas klien, kaji ritual dan ibadah klien serta bagaimana dorongan dan pertumbuhan klien (Sakti, 2022).

l) Data Penunjang

Hasil laboratorium seperti hitung darah lengkap dan *ultrasonografi* (USG).

m) Data Terapi

Obat-obatan yang di konsumsi ibu *post sc.*

b. Data bayi

1) Identitas bayi

Kaji mengenai nama bayi, jenis kelamin, tanggal lahir dan jam lahir, no register, BB dan PB melalui rekam medis klien. Saat pengkajian catat tanggal pengkajian (Sakti, 2022).

2) APGAR skore

Kaji APGAR skor yang meliputi *appearance* (warna), *pulse* (denyut nadi), *grimace* (refleks terhadap rangsangan), *activity* (tonus otot), *respiration* (nafas) melalui rekam medis klien.

3) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Kaji kesadaran bayi apakah bayi menangis/tidur nyenyak/tidur dengan gerakan mata yang tepat/aktif-sadar/tenang/sadar/transisional (Sakti, 2022).

b) Tanda-tanda vital

Meliputi suhu, nadi, dan *respirasi*. Suhu pada bayi baru lahir apabila di ukur melalui aksila antara 36,5°C - 37°C namun jika pengukurannya melalui rectal suhu berkisar antara 36,5°C – 37,2°C. Frekuensi nadi pada bayi baru lahir 120-160 x/menit. Pernafasan pada bayi baru lahir 40-60 x/menit (Donna, 2012).

c) Kepala

Kaji bagaimana bentuk kepala dan lingkaran kepala (Sakti, 2022).

d) Kulit

Kaji apakah terdapat vernik kaseosa, lanugo, dan milia. Kaji apakah terdapat eritema toksikum, bercak mongolia, dan tanda lahir serta apakah bayi ikterik atau tidak (Sakti, 2022).

e) Rambut

Kaji keadaan rambut pada bayi, kaji bulu mata dan alis (Sakti, 2022).

f) Kuku jari

Kaji keadaan kuku bayi (Sakti, 2022).

g) Payudara

Kaji kesimetrisan payudara kanan dan kiri, kaji apakah terdapat puting supernumerari, dan apakah puting berjarak jauh (Donna, 2012).

h) Genitalia

Genitalia pada bayi perempuan biasanya labia minora lebih besar dari labia mayora, meatus uretral di belakang klirotis, verniks kaseosa di antara labia. Sedangkan genitalia pada bayi laki-laki biasanya lubang uretra terletak pada puncak glen penis, testis dapat diraba di dalam setiap skrotum (Donna, 2012).

4) Reflek normal pada bayi lahir

Kaji reflek pelindung meliputi reflek moro, reflek tonus leher, reflek menggenggam, reflek mata kedip, dan reflek menangis. Kaji reflek makan meliputi reflek menghisap, reflek *rooting*, reflek menelan. Kaji reflek bernafas meliputi reflek gerakan pernafasan, reflek bersin, dan reflek batuk.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang actual dan potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Induniasih & Hendarsih, 2018). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada ibu *post sc* menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 adalah sebagai berikut :

- a. (D.0142) Risiko infeksi.
- b. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- c. (D.0029) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.
- d. (D.0040) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik.
- e. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
- f. (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- g. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- h. (D.0012) Risiko perdarahan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman dalam mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Induniasih & Hendarsih, 2018).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No (1)	Diagnosa Keperawatan (2)	Tujuan dan kriteria hasil (3)	Intervensi (4)
1	(D.0142) Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137) : <ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun - Kemerahan berkurang - Nyeri berkurang - Bengkak berkurang - Drainase purulen menurun - Kadar sel darah putih meembaik 	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung. 3. Berikan perawatan luka pada area luka operasi. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 8. Ajarkan etika batuk. 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
2	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Klien tidak tampak meringis kesakitan 3. Gelisah menurun 4. Ttv dalam batas normal 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi peparuh nyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

dlanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
3	(D.0029) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil (L.03029) : 1. Suplai ASI adekuat 2. Lecet pada puting berkurang 3. Kecemasan maternal menurun 4. Rewel pada bayi menurun	Edukasi menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui. Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui. 6. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat. Edukasi 7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi. 8. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar . 9. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa. 10. Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal pijat payudara, pijat oksitosin).
4	(D.0040) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan gangguan eliminasi urin teratasi dengan kriteria hasil (L.03019) : 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Distensi kandung kemih menurun 3. Frekuensi BAK membaik	Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (I.11349) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan BAK sesuai umur. 2. Monitor integritas kulit pasien Terapeutik 3. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi. 4. Dukungan penggunaan toilet/ <i>commode</i> /pispot/urinal secara konsisten. 5. Jaga privasi selama eliminasi. 6. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu. 7. Bersihkan alat bantu BAK setelah digunakan. 9. Latih BAK sesuai jadwal, jika perlu.

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
		4. Karakteristik urin membaik	10. Sediakan alat bantu (misal kateter eksternal, urinal), jika perlu Edukasi 11. Anjurkan BAK secara rutin. 12. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu.
5	(D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil (L.05045) : - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur dan faktor pengganggu tidur. 2. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur). 5. Batasi waktu tidur siang 6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). 7. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Edukasi 8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 9. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 10. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. 11. Anjurkan penggunaan oba

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
			tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.
			12. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shif</i> bekerja).
			13. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
6. (D.0109) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan kemampuan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil (L.11103) : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal suasana hangat, rileks, privasi). 5. Siapkan keperluan pribadi (misal suasana hangat, rileks, privasi). 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. Edukasi 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	
7. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111) : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.	

dilanjutkan

Lanjutan

(1)	(2)	(3)	(4)
		3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
		4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi 5. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 6. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 7. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
8	(D.0012) perdarahan	Risiko Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 7 jam diharapkan risiko perdarahan menurun dengan kriteria hasil (L.02017) : 1. Perdarahan vagina menurun Perdarahan pasca operasi menurun 2. Hemoglobin membaik 3. Hematokrit membaik 4. Ttv dalam batas normal	Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan. 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah. 3. Monitor ttv ortostatik. 4. Monitor koagulasi (misalnya <i>prothrombin time</i> (PT), <i>partial thromboplastin time</i> (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin atau platelet). Terapeutik 5. Pertahankan <i>bed rest</i> selama perdarahan. 6. Batasi tindakan invasif, jika perlu. 7. Gunakan kasur pencegah dekubitus. 8. Hindari pengukuran suhu rektal. Edukasi 9. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan. 10. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi. 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi. 12. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan. 13. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.

dilanjutkan

Lanjutan			
(1)	(2)	(3)	(4)
			14. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.
			Kolaborasi
			15. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.
			16. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.
			17. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik serta menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Rahmi, 2021). Implementasi keperawatan bertujuan untuk melakukan aktivitas keperawatan dan mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan keperawatan yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Contoh : memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, memberikan perawatan luka pada area luka operasi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan berkolaborasi dengan tenaga medis lain dalam pemberian imunisasi, jika perlu (Induniasih & Hendarsih, 2018)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan guna mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir/ respon klien yang teramati dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah dibuat sebelumnya pada tahap perencanaan (Induniasih & Hendarsih, 2018).

Evaluasi terbagi menjadi 2 yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan hasil tindakan atau respon klien atau biasa disebut evaluasi proses, dilakukan segera setelah perawat melaksanakan tindakan keperawatan. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. Metode yang dapat digunakan dalam evaluasi sumatif ini yaitu SOAPIER (subjektif, objektif, analisis, *planning*, implementasi, evaluasi, dan *reassessment*). (Induniasih & Hendarsih, 2018).