

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Konsep Post Sectio Caesarea

1. Definisi Post Sectio Caesarea

Bayi dilahirkan melalui dinding perut selama persalinan buatan, yang umumnya disebut sebagai operasi *sectio caesarea*, dan rahim dikeluarkan melalui sayatan dinding perut. Ini menjamin kelahiran yang sehat dan utuh bagi janin. Operasi *sectio caesarea*, nama lain untuk persalinan buatan, melibatkan pembuatan sayatan di dinding perut anterior dan dinding rahim untuk melahirkan bayi. Persalinan ini hanya terjadi ketika janin memiliki berat lebih dari 500 gram dan rahim masih utuh (HARIANJA, 2023).

Janin dilahirkan melalui dinding perut selama persalinan buatan, yang dikenal sebagai operasi *sectio caesarea*, dan rahim dikeluarkan melalui sayatan dinding perut. Ini menjamin kelahiran janin yang sehat dan utuh. Operasi *sectio caesarea* adalah persalinan buatan (Yuniarti, 2023).

2. Etiologi Sectio Caesarea

Berikut ini adalah beberapa penyebab operasi caesar: Ketuban pecah dini, perdarahan antepartum, dan ruptur uterus merupakan tanda-tanda bahwa ibu harus menjalani operasi caesar. Namun, ketegangan janin dan berat lebih dari 4.000 gram merupakan tanda-tanda bahwa janin harus dikeluarkan melalui operasi caesar.

- a. *Cepalo Pelvik Dispropotion* (CPD) Kondisi yang dikenal sebagai (CPD) terjadi ketika lingkaran panggul ibu tidak sama dengan kepala janin, sehingga berpotensi mencegah persalinan normal. Rongga panggul yang terbentuk oleh tulang panggul harus dilalui oleh janin. Ketika panggul menunjukkan kelainan atau penyakit, pembedahan diperlukan. Rongga panggul memiliki ukuran dan bentuk yang tidak teratur sebagai akibat dari penyakit medis ini.

- b. Pre-Eklamsi Berat (PEB) adalah kombinasi penyakit yang disebabkan langsung oleh kehamilan dan penyebabnya masih belum diketahui. Dalam bidang kebidanan, preeklamsi dan eklamsi adalah penyebab kematian janin dan bayi paling umum, setelah perdarahan dan infeksi. Karena itu, diagnosa dini sangat penting untuk mengidentifikasi dan mengobati eklamsi.
- c. Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum tanda persalinan muncul dan tidak terjadi inpartus selama satu jam. Kebanyakan wanita hamil aterm sebelum 37 minggu melakukan ini.
- d. Bayi kembar: Tidak selamanya kelahiran *sectio caesarea* diperlukan untuk bayi kembar karena kelahiran kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran bayi satu. Selain itu, bayi kembar mungkin mengalami sungsang atau salah letak lintang, yang membuat persalinan tidak normal.
- e. Faktor hambatan jalan lahir termasuk gangguan jalan lahir, seperti jalan lahir yang tidak dapat dibuka, tumor atau kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat yang pendek, dan kesulitan bernafas untuk ibu.
- f. Kelainan Letak Janin
 - 1) Kelainan pada posisi kepala bayi: kepala tengadah terletak di bawah ubun-ubun bayi yang X paling rendah. Kelainan panggul, kepala bundar, anak kecil atau meninggal, dan kerusakan dasar panggul adalah penyebabnya.
 - 2) Presentasi muka, posisi kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang paling rendah adalah muka (jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%). Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dengan dahi paling depan. Biasanya, saat dagu ditempatkan, biasanya akan berubah menjadi posisi muka atau belakang kepala.
 - 3) Memanjang dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Jenis letak sungsang termasuk

presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna, dan presentasi kaki (Jayanti et al., 2023).

3. Jenis – Jenis *Sectio Caesarea*

a. *Sectio caesarea* klasik atau corporal

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang sepanjang 10cm-12cm di korpus uterus. tujuan utamanya adalah mengeluarkan bayi sesegera mungkin, menghindari masalah tarikan kandung kemih, dan memungkinkan sayatan proksimal dan distal tumbuh.

b. *Sectio Caesarea* ismika atau profunda

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konstiktif di bagian bawah rahim sekitar 10 cm. Keunggulan dari segmen *caesar ismica* yaitu penjahitan luka lebih sederhana, penutupan luka yang baik dengan *reperitonealization* penutupan yang besar pada lipatan peritonium untuk menghindari penyebaran substansi uteri ke dalam rongga peritonium, serta kemungkinan pecahnya uterus tanpa batas berkurang atau lebih kecil. Sementara itu, kelemahannya yaitu lukanya melebar sehingga mengakibatkan rahim retak, perdarah serta menimbulkan keluhan kandung kemih pasca operasi yang parah dan berat.

c. *Sectio caesarea* ekstra peritonealis

Operasi *sectio caesarea* yang dilakukan di luar perut dengan kata lain, menghindari pembukaan kedalam (Syaifulina, 2023).

4. Indikasi

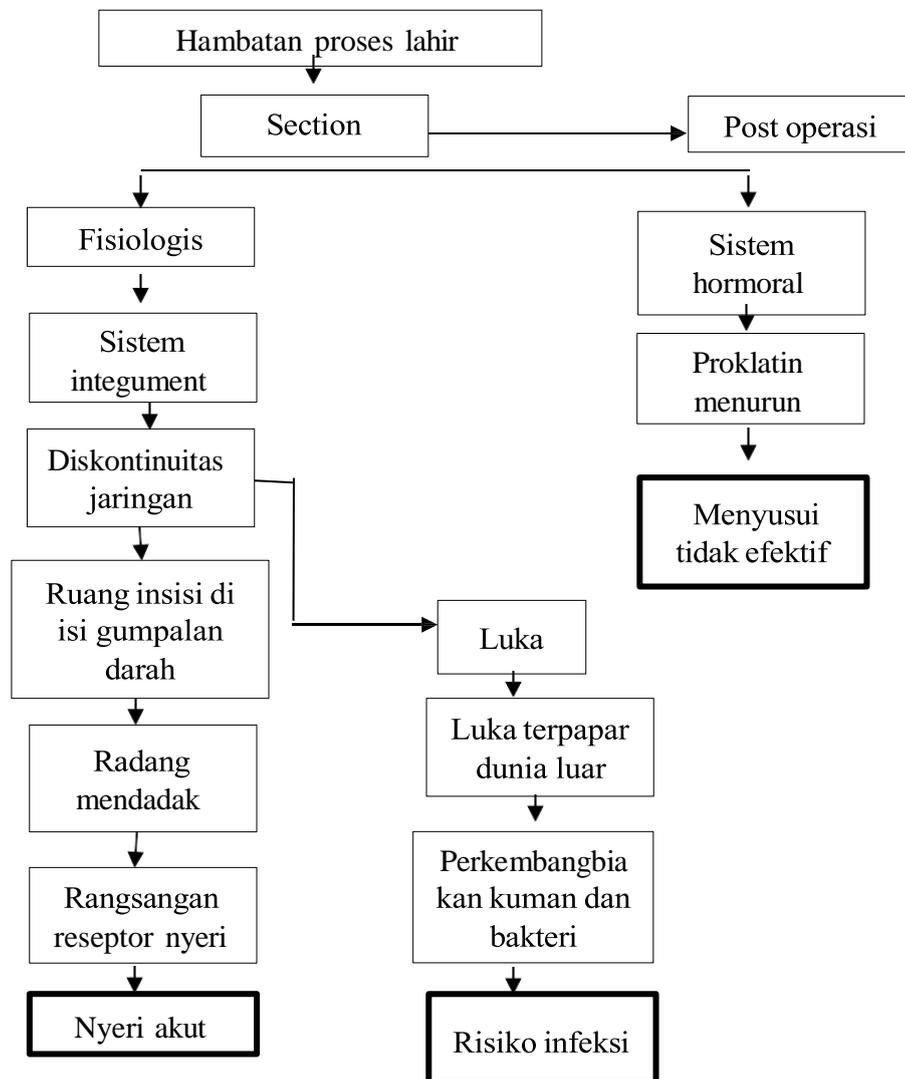
a. Pada Ibu

Stenosis panggul, tumor jalan lahir obstruksi, striktur servik, plasentas previa, disproporsi sefalopelfis, ruptur uterus, diabetes(jarang), riwayat obsterti yang buruk, riwayat operasi *sectio caesarea* klasik, infeksi hipervirus tipe 2 yang diturunkan (genetik).

b. Pada Bayi

Presentasi sungsang, posisi bayi yang tidak stabil atau kelainan atau penyakit pada janin (Darmawan, 2023).

5. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Sectio Caeserea (Archi et al., 2023)

6. Manifestasi Klinis

- a. *Disproporsi chepalopelvik* atau kelainan pinggul (pinggul sempit)
- b. *Plasenta previa*
- c. Gawat janin
- d. Pernah *sectio caesarea* sebelumnya
- e. Letak janin abnormal
- f. Hipertensi pada kehamilan (Pre-eklamsi)
- g. Ruptur rahim beresiko
- h. Persalinan lama (*prolonged labor*)
- i. Persalinan tidak maju
- j. *Distosia serviks*
- k. Ketidakberdayaan Ibu mengejan
- l. Mal presentasi embrio
 - 1) Letak lintang
 - a) Jika terjadi penyempitan pinggul, tindakan *sectio caesarea* merupakan cara yang sempurna disemua cakupan dengan embrio hidup dan perkiraan yang khas.
 - b) Semua primigravida dengan posisi melintang harus ditolong dengan operasi caesarea meskipun tidak ada persalinan panggul yang berkontraksi.
 - c) Multipara letak lintang bisa ditolong dengan cara lain.
 - 2) Letak bokong

Sectio caesarea dianjurkan pada letak bokong apa bila ada :

 - a) Pinggul sempit
 - b) Primigravida
 - c) Janin sangat besar
 - 3) Presentasi dahi serta muka (posisi defleksi) jika reposisi dan cara lainnya gagal.
 - 4) Presentasi rangkap, jika reposisi tidak berhasil.

- 5) Gemeli, dianjurkan *sectio caesarea* apabila :
- a) Bayi dalam posisi melintang atau presentasi bahu
 - b) Ketika interlock terjadi
 - c) Distosia akibat tumor
 - d) Gawat janin (Syaifulina, 2023).

7. **Komplikasi**

Menurut Prawirohardjo (2019), komplikasi kehamilan adalah adanya satu atau lebih penyulit kehamilan pada ibu hamil. Misalnya, keracunan kehamilan yang parah, pre-eklamsi dan eklamsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan melintang, plasenta previa, persalinan lama, keluarnya plasenta prematur, ketuban pecah dini, dan persalinan lama adalah contoh komplikasi kehamilan penyebab persalinan harus dilakukan secara *sectio caesarea*. Komplikasi kehamilan dapat mempengaruhi keputusan untuk melakukan tindakan melahirkan tindakan melahirkan dengan metode *sectio caesarea*. Beberapa komplikasi kehamilan yang serius dan beresiko tinggi dapat menjadi indikasi untuk melakukan *sectio caesarea* guna mengurangi risiko terhadap Ibu dan Janin (Sudarsih et al., 2023).

8. **Penatalaksanaan**

Tindakan yang biasa dilakukan oleh tenaga kesehatan baik Perawat maupun Bidan untuk menangani pasien post *sectio caesarea* dimulai dari keluar ruang operasi yaitu:

a. Analgesia

Wanita dengan tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intramuskular) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikkan dengan cara serupa 10 mg morfin. Wanita dengan tubuh postur tubuh kecil, diberikan dosis 50 mg

meperidin. Wanita dengan postur tubuh besar, dosisnya lebih tinggi yaitu 100 mg meperidin.

b. Tanda -tanda vital

Tanda -tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali. Perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dalam keadaan fundus harus diperiksa.

c. Terapi cairan diet

Pemberian 3 liter larutan RL, dalam pedoman umum terbukti cukup selama pembedahan dan selama 24 jam pertama berikutnya. Meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

d. Vesika urinarius dan usus

Setelah 12 jam post operasi keteter dapat di lepaskan atau keesokan paginya setelah operasi. Pada hari pertama setelah pembedahan biasanya bising usus belum terdengar, pada hari kedua juga bising usus masih lemah. Bising usus baru akan aktif pada hari ketiga.

e. Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien bangun dengan bantuan perawat dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua baru pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f. Perawatan luka

Luka sayatan diinspeksi setiap hari ,sehingga pembalut luka yang alternative tanpa banyak plaster sangat menguntungkan. Secara normal jahitan luka dapat diangkat setelah hari keempat pembedahan .Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi atau sayatan.

g. Laboratorium

Hematocrit biasanya pada pagi hari setelah operasi, dan perlu segera dikembalikan jika terjadi kehilangan darah yang tidak biasa atau gejala lain yang mengarah pada hipovolemia (Murtasiah, 2022).

9. Pencegahan

Penanganan khusus diperlukan selama operasi *sectio caesarea* untuk mengurangi risiko infeksi. Perawatan luka merupakan salah satu keterampilan yang perlu dipelajari oleh perawat karena infeksi dapat menghambat proses penyembuhan luka, sehingga meningkatkan angka kesakitan dan kematian. Karena pengendalian infeksi merupakan prinsip dasar penanganan perawatan luka, penggunaan antibiotik secara bijaksana merupakan salah satu pendekatan untuk mengatasi hal ini (Trisnawati et al., 2023).

B. Konsep Nyeri Post *Sectio Caesarea*

1. Definisi Nyeri Post *Sectio Caesarea*

Nyeri merupakan pengalaman yang kurang menyenangkan baik secara sensoris atau secara emosional yang berkaitan dengan risiko kehilangan jaringan tubuh. Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan yang diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut saraf dari dalam tubuh ke otak serta dapat diikuti reaksi, emosional maupun fisiologi (Rosliana, 2021). Nyeri merupakan kondisi perasaan yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif dan hanya individu tersebut yang dapat menjelaskan atau mengungkapkan rasa nyeri yang dialaminya (Murtasiah, 2022). Tingkat nyeri diukur dengan *Visual Analog Scale* (VAS) yang merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan pasien bebas memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian

yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata (Endarwati et al., 2024). Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut :

Nyeri hebat setelah operasi *sectio caesarea* merupakan respon fisiologi kompleks yang disebabkan oleh ketegangan lambung dan usus, kerusakan jaringan, dan kontraksi rahim. Sensasi nyeri pada pasien operasi *caesarea* umumnya lebih besar dibandingkan dengan pasien persalinan pervaginam. Rasa nyeri yang dirasakan pada pasien *sectio caesarea* akan menimbulkan masalah lain diantaranya melakukan proses mobilisasi dini akan tidak akan nyaman karena intensitas nyeri yang dialami setelah operasi. Salah satu dampak dari nyeri pasca *sectio caesarea* adalah mobilisasi pasien menjadi terbatas karena intensitas nyeri yang meningkat saat pasien bergerak, insiasi menyusui dini (IMD) tidak dapat dicapai (Anggraini & Utami, 2024).

2. Etiologi

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *sectio caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri dihantarkan ke dorsal spinal. Setelah implus nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus akan mentransmisikan informasi kepusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan sistem limbik, korteks, dan gabungan korteks, sehingga nyeri dipersepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri post *sectio caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan teknik non-farmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormon endorphen dari dalam tubuh. Endorphen berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi implus dalam otak dan medula spinalis (Archi et al., 2023).

3. Dampak nyeri

Nyeri yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktivitas sehari-hari.

a) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat.

b) Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien yang seringkali meringis, menyerhitkan dahi, mengigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas yang menghilangkan nyeri.

c) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

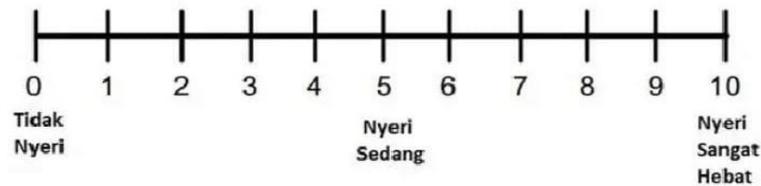
Pasien yang mengalami nyeri akan kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial (Archi et al., 2023).

4. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri dapat dikategorikan sebagai nyeri akut dan nyeri kronis berdasarkan waktu kejadiannya sebagai berikut:

- a) Nyeri akut: Nyeri yang terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan disebut nyeri akut. Ini biasanya disebabkan oleh cedera, penyakit akut, atau pembedahan yang dimulai dengan cepat. Dimungkinkan untuk hilang secara spontan setelah kerusakan jaringan sembuh.

- b) Nyeri kronis: Ini adalah nyeri yang tidak teratur, intermiten, atau bahkan bertahan selama lebih dari enam bulan. Klien dapat menjadi putus asa dan frustrasi karena nyeri kronis. Nyeri ini dapat menimbulkan kelelahan mental dan fisik (feti,2024).



Gambar skala analog visual (feti,2024)

Salah satu cara mudah untuk mengatasi nyeri adalah dengan menentukan tingkatnya secara kualitatif sebagai berikut:

- 1) Nyeri ringan: nyeri yang muncul hanya saat tidur dan hilang saat tidur.
- 2) Nyeri sedang: nyeri yang terjadi terus-menerus dan intermiten yang hilang hanya saat pasien tidur.
- 3) Nyeri hebat: nyeri berlangsung sepanjang hari dan pasien sering tidak dapat tidur (feti,2024)

C. Konsep Back Massage

1. Definisi Back Massage

Teknik *back massage* adalah teknik memberikan pijatan pada punggung selama sepuluh hingga lima belas menit. Usapan *lotion* atau balsem hangat dan melebarkan pembuluh darah lokal. Melakukan vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan peredaran darah di area yang diusap. Ini akan meningkatkan aktivitas sel, mengurangi rasa sakit dan membantu proses penyembuhan (Muryani, 2022).

2. Manfaat Teknik *Back Massage*

Manfaat teknik *back massage* adalah untuk mengurangi nyeri dan kecemasan dalam persalinan. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa tindakan pendukung persalinan seperti *back massage* efektif dalam mengurangi nyeri persalinan. Karena selama persalinan, setiap wanita mengalami beberapa derajat nyeri, namun persepsi nyeri berbeda antara satu individu dengan individu lainnya. Pijat memiliki dampak positif pada jaringan lunak tubuh, digunakan untuk meredakan ketegangan otot dan memberikan efek menenangkan. *Back message* juga sangat penting untuk memperbaiki pengendalian nyeri selama periode postpartum karena nyeri ini sering terjadi dan memengaruhi aktivitas ibu (Muryani, 2022).

3. Mekanisme Kerja *Back Message*

Back message adalah pemberian pijatan halus atau gosokan di area punggung yang dapat merelaksasikan otot, meningkatkan sirkulasi darah dan meningkatkan kenyamanan (Abdillah & Suwandi, 2020). Berdasarkan penelitian Yessie (2020) dalam Grasiona (2023) mengatakan bahwa tulang belikat merupakan daerah ketegangan otot pada wanita sehingga dengan melakukan pijatan di daerah tersebut dapat merileksasikan atau menghilangkan stress. Selain pendapat tersebut juga dijelaskan bahwa ternyata apabila tulang belakang dipijat, maka akan timbul reflek neurogenik yang mempercepat kerja saraf para simpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang.

4. Langkah- Langkah Teknik *Back Massage*

Teknik *back massage* (Pattel, 2013; Selasi 2013) dalam Grasiona (2023) terdiri dari: *efleurage*, *thumb walking*, dan *thumb dancing* yang dimulai dari pinggang bawah (otot gluteus) sampai pundak. Langkah pertama teknik pijat ini dapat dimulai dari memijat daerah pinggang 3 cm jari kanan dan kiri dari tulang belakang, dengan gerakan dimulai dari bagian bawah sampai ke pundak. Pada lokasi yang sama 3 cm jari kanan dan kiri dari tulang belakang dengan menggunakan ibu jari dilakukan

gerakan dengan menekan-nekan *thumb dancing* secara berkesinambungan dimulai pada daerah yang sama dengan gerakan sebelumnya. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk menekuk tangan kebelakang sampai kelihatan ibu kemudian tentukan titik pada daerah tulang belikat ibu dengan menarik garis horizontal dari ketiak ibu daerah samping tulang belikat kemudian lakukan menekan pada satu titik kurang lebih 30 detik lakukan penekanan yang sama dengan memberi jarak satu ibu jari diatas titik sebelumnya, kemudian lakukan gerakan yang sama pada sisi lain.

Pada posisi tangan ibu yang masih menekuk gunakan ibu jari untuk memijat daerah tulang belikat yang dimulai dari arah pundak kebawah ketiak mengikuti bentuk tulang belikat tangan yang lain memegang pundak ibu lakukan secara berganti-gantian pada sisi yang lain. Gerakan selanjutnya ibu dianjurkan untuk menegakkan badan, tangan yang lain memegang dahi ibu gerakan dimulai dengan memijat belakang telinga ibu secara melingkar pada satu titik lakukan dengan gerakan kearah pundak memakai jari telunjuk dan ibu jari yang melebar. Lakukan gerakan yang sama tetapi dimulai dari pertengahan telinga dan bahu. Tentukan tulang leher ibu yang menonjol kedua ibu jari digerakkan secara berlawanan arah membentuk segitiga dari satu titik pada tulang leher yang menonjol kedaerah punggung gerakan terakhir kedua tangan mencengkram dan melepas pundak ibu secara bersamaan sebanyak 3 kali (Boa & Belarminus, 2021).

5. Standar Operasional Prosedur *Back Massage*

| | |
|---|--|
|  | TEKNIK <i>BACK MASSAGE</i> |
| NAMA SOP | PROSEDUR TEKNIK <i>BACK MASSAGE</i> |
| PENGERTIAN | Melakukan pijat didaerah punggung dengan menggunakan tangan dari pinggang bawah (otot gluteus |
| TUJUAN | Meningkatkan aliran dalam darah, pembuangan-pembuangan sisa-sisa metabolik semakin lancar sehingga memacu hormon endorpin yang berfungsi memberikan rasa nyaman dan merangsang pengeluaran kolostrum |
| ALAT DAN BAHAN | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung / kain panjang 2. Minyak zaitun/ kelapa murni 3. Kursi dan bantal/ tempat tidur |

PROSEDUR

| FLOWCHART | KEGIATAN |
|--|---|
| <div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> TAHAP PRA INTERAKSI </div> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa menyiapkan diri 2. Membaca instruksi tindakan yang akan dilakukan 3. Menyiapkan alat dan bahan <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung / kain panjang b. Minyak zaitun/ kelapa murni c. Kursi dan bantal/ tempat tidur <p>Menyiapkan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam 2. Kontrak: perkenalan (identifikasi pasien) |

| | |
|--|---|
| | <p>menggunakan nama, no RM dan tanggal lahir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Beritahu dan jelaskan kepada pasien dan keluarganya mengenai tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Kontrak waktu 5. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya 6. Menjaga privacy pasien <p>Prosedur kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Eufleurage</i> pada punggung <ol style="list-style-type: none"> a. Posisi Ibu duduk dikursi dengan memeluk bantal b. Tuangkan minyak untuk memijat ke telapak tangan c. Letakkan tangan dipunggung bagian bawah d. Jarak antara tangan kiri dan kanan kurang lebih 3 jari e. Lakukan gerakan memijat (<i>eufleurage</i>) mulai dari pinggang bawah sampai ke pundak dengan menggunakan telapak tangan sebanyak 6 kali 2. <i>Thumb Walking/</i> Jempol berjalan Lakukan pada lokasi yang sama menggunakan Ibu jari tangan kanan dan kiri dengan gerakan menekan – nekan (<i>thumb Walking</i>) punggung bagian bawah sampai ke pundak dilakukan sebanyak 6 kali 3. <i>Thumb Dancing</i> (jempol menari) Dengan menggunakan kedua jari juga, lakukan gerakan menari (<i>thumb dancing</i>) secara berkesinambungan dimulai pada daerah yang sama dengan gerakan sebelumnya, dilakukan sebanyak 6 kali. |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>4. Pijat Skapula</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan Ibu untuk menekuk tangan kanan ke belakang, sampai terlihat tulang belikat Ibu, kemudian tentukan titik pada daerah tulang belikat dengan cara menarik garis horisontal dari ketiak Ibu ke daerah samping tulang belikat, lakukan penekanan pada satu titik kurang lebih 30 detik b. Lakukan penekanan yang sama dengan memberi jarak satu Ibu jari diatas titik sebelumnya, kemudian lakukan gerakan yang sama pada titik yang lain sebanyak 6 kali c. Posisi tangan Ibu masih menekuk, gunakan Ibu jari untuk memijat daerah tulang belikat Ibu mulai dari arah pundak kebawah ketiak mengikuti tulang belikat, tangan yang lain menahan pundak Ibu, lakukan secara bergantian pada posisi yang lain sebanyak 6 kali <p>5. Pijat Pundak</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gerakan selanjutnya anjurkan Ibu untuk menegakkan badan, tangan pemijat yang lain menahan dahi Ibu, gerakan dimulai dengan memijat belakang telinga Ibu secara melingkar pada satu titik, lalu tangan digerakan kearah pundak memakai telunjuk dan Ibu jari yang melebar. b. Lakukan gerakan yang sama dimulai dari pertengahan telinga dan bahu c. Tentukan tulang leher yang menonjol, kedua Ibu jari digerakkan secara berlawanan arah membentuk segitiga dari satu titik pada tulang |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>leher yang menonjol kedaerah punggung</p> <p>d. Gerakan terakhir kedua tangan mencengkram dan melepas pundak Ibu secara bersamaan sebanyak 3 kali.</p> <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kaji respon klien selama pemberian dan sesudah tindakan2. Bereskan alat-alat dan simpan ditempat semula3. Mengakhiri komunikasi <p>Tahap Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencatat hari, tanggal, bulan, tahun, dan jam dilakukan tindakan2. Dokumentasi hasil tindakan pada catatan perawatan3. Respon klien selama pemberian dan sesudah tindakan4. Nama dan tanda tangan perawat |
|--|--|

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber adalah tahap pertama dari proses keperawatan dan digunakan untuk menilai status kesehatan klien.

a. Identitas pasien

Identitas pasien merupakan data diri dari penderita yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat dan sebagainya yang berhubungan dengan identitas pasien (Doenges, M. et al, 2023).

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan Utama

Nyeri pada luka operasi kaki, kesemutan, pusing, ketidakmampuan untuk kentut, efek anastesi, dan pendarahan adalah keluhan utama ibu dengan kasus post *sectio caesarea*.

2. Riwayat Menstruasi

Tanyakan tentang riwayat menstruasi ibu, termasuk usia menarche, siklus haid, lama haid, karakteristik darah haid seperti warna, bau, dan konsistensi, dan apakah ada keluhan saat haid (*disminorhea*).

3. Riwayat perkawinan

Usia perkawinan dan tanggal pertama kali menikah adalah pertanyaan penting.

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran parstus (TP), hamil pertama umur berapa, berapa kali pernah hamil, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah pernah mengalami keguguran atau perdarahan, berapa kali imunisasi TT, persalinan dimana, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak pada saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak pada saat lahir, keadaan ibu setelah melahirkan, umur anak saat ini.

5. Penggunaan Alat Kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah memakai alat kontrasepsi, alat kontrasepsi apa yang pernah digunakan, adakah keluhan pada saat menggunakan alat kontrasepsi, sejauh mana pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi.

6. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Tanyakan tentang penyakit yang pernah diderita yang ada hubungannya dengan sistem reproduksi serta penyakit lain yang mempengaruhi persalinan.

7. Riwayat Penyakit Keluarga

Tanyakan pada ibu apakah ada keluarga ibu yang menderita penyakit yang bersifat menurun seperti; TBC, hipertensi, HIV/AIDS, jantung, diabetes melitus (DM). Penyakit seksual (sifilis, gonorhea), serta tanyakan pada ibu apakah ada riwayat gemeli (kembar).

8. Data Biologis

a) Bernafas

Tanyakan kesulitan dalam bernafas terutama pasca persalinan.

b) Makan dan Minum

Tanyakan bagaimana kebiasaan makan dan minum pasien apakah telah mencukupi gizi yang ditentukan.

c) Eliminasi

Tanyakan kebiasaan dan kesulitan atau masalah BAB dan BAK.

d) Istirahat dan Tidur

Perlu ditanyakan bagaimana kebiasaan dan masalah apa yang dapat mengganggu istirahat dan tidur ibu.

e) Gerak dan Aktivitas

Tanyakan hal-hal yang dapat dilakukan oleh ibu sebelum dan setelah pembedahan.

f) Kebersihan Diri

Tanyakan kebiasaan menjaga kebersihan diri terutama payudara dan vulva.

g) Berpakaian

Tanyakan kebiasaan mengganti baju

h) Pengaturan Suhu Tubuh

Tanyakan apakah ibu pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.

i) Seksualitas

Tanyakan sebelum saat dan setelah melakukan, bagaimana pola dalam hubungan seksual.

9. Data Psikologis

a) Rasa aman

Tanyakan ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.

10. Konsep Diri

a) Identitas Diri

Tanyakan pada ibu tentang identitasnya dalam keluarga.

b) Harga Diri

Bagaimana perasaan ibu setelah melahirkan di dalam keluarga.

c) Ideal Diri

Apa yang ingin dilakukan ibu setelah melahirkan.

d) Gambaran Diri

Tanyakan pada ibu bagaimana perasaan ibu dengan perubahan tubuh yang dialami ibu selama hamil ataupun setelah melahirkan.

e) Peran Diri

Tanyakan kepada ibu apa perannya dalam keluarga.

11. Data Sosial

a) Sosial

Tanyakan tentang interkasi atau tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain.

b) Bermain dan Rekreasi

Tanyakan tentang kebiasaan pengisian waktu luang.

c) Prestasi

Kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungannya dengan kondisinya.

d) Belajar

Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva, atau cara cebok, yang benar, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara menyusui yang benar.

e) Data Spiritual

Kaji kepercayaan ibu pada Tuhan.

12. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum ibu: Suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit (sianosis), raba akral.

b) Pemeriksaan Kepala: Bentuk kepala, kebersihan, ada tidak nyeri tekan.

c) Pemeriksaan Muka: Bentuk muka, ada tidaknya edema, ada tidaknya kloasma, dan nyeri tekan.

d) Pemeriksaan Mata: Bentuk mata, kongjutiva pucat atau tidak, sclera, lampang pandang, pergerakan mata.

e) Pemeriksaan Hidung: Bentuk hidung, ada tidaknya secret, lesi, mukosa hidung, kebersihan, penciuman, pernafasan cuping hidung, dan nyeri tekan.

f) Pemeriksaan Telinga: Bentuk telinga, kebersihan, kemampuan mendengar, ada tidaknya pembesaran tonsil, ada tidaknya nyeri tekan.

g) Pemeriksaan Mulut: Bentuk mulut, mukosa bibir, ada tidak stomatitis, kebersihan, ada tidaknya pembesaran tonsil.

- h) Pemeriksaan Leher: Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, ada tidak bendungan vena jugularis, pergerakan leher, ada tidaknya hiperpigmentasi.
- i) Pemeriksaan Payudara: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, keadaan puting susu, hiperpigmentasi areola mammae, lecet/luka, pembengkakan buah dada, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), ada tidaknya nyeri tekan.
- j) Pemeriksaan Abdomen: Bentuk abdomen, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, keadaan luka post operasi, distensi kandung kemih, bising usus, terdapat luka, striae gravidarum.
- k) Pemeriksaan Ekstremitas: Kemampuan pergerakan, ada tidaknya edema.
- l) Genitalia dan Anus
Kebersihan pengeluaran lochea (jumlah, warna, bau, konsistensi) haemoroid.

13. Pemriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), hematokrit (Ht) dan sel darah putih (WBC).

14. Data Anastesi

Data anastesi yang digunakan mencakup jenis anastesi, lokasi penyuntikan, jenis obat yang digunakan, jumlah dosis, dan teknik suntikan. Serta mencakup pengertian tentang jenis kelamin bayi, keadaan bayi pada waktu lahir, berat dan panjang badan bayi, kelainan-kelainan yang terdapat pada bayi serta keadaan tali pusat dan plasenta.

15. Data Keluarga

Mencakup tentang riwayat kesehatan keluarga, peran keluarga, fungsi keluarga tahap perkembangan keluarga, dan koping keluarga (Nisa, 2022).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013 dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) :

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Berikut adalah uraian dari masing-masing komponen diagnosa keperawatan tersebut menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1 Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosa Keperawatan

| No | Jenis Diagnosis Keperawatan | Komponen Dan Penulisa Diagnosis |
|----|-----------------------------|--|
| 1 | Diagnosis Aktual | Masalah b.d Penyebab d.d. Tanda/Gejala |
| 2 | Diagnosis Risiko | Masalah d.d. Faktor Risiko |
| 3 | Diagnosis Promosi Kesehatan | Masalah d.d. Tanda/Gejala |

SDKI mengelompokkan tanda dan gejala menjadi dua kategori, yaitu :

1. Mayor

Tanda dan gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100 % untuk validasi penegakan diagnosa (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

2. Minor

Tanda dan gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda dan gejala mayor dalam penegakan diagnosa.

Masalah yang mungkin terjadi pada Ibu post Sc yaitu :

- a. Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik
- b. Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d ketidakadekuatan suplai ASI
- c. Resiko Infeksi (D.0142) b.d peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu ;

- a) S : *Spesifik* (Tidak memberikan makna ganda)
- b) M : *Measeruble* (Dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- c) A : *Achievable* (Secara realistis dapat dicapai)
- d) R : *Reasonble* (Dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
- e) T : *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | | |
|--|---|---|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|--|--|--|
| 1 | <p>Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinsensitas ringan hingga berat yang</p> | <p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> | | | | | | <p>Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="539 697 757 858">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="763 697 936 858">Menurun</th> <th data-bbox="943 697 1115 858">Cukup Menurun</th> <th data-bbox="1122 697 1249 858">Sedang</th> <th data-bbox="1256 697 1429 858">Cukup Meningkat</th> <th data-bbox="1435 697 1585 858">Meningkat</th> </tr> </thead> </table> | | Kriteria Hasil | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | | | |
| Kriteria Hasil | Menurun | Cukup Menurun | Sedang | Cukup Meningkat | Meningkat | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="539 863 757 1027">Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td data-bbox="763 863 936 1027">1</td> <td data-bbox="943 863 1115 1027">2</td> <td data-bbox="1122 863 1249 1027">3</td> <td data-bbox="1256 863 1429 1027">4</td> <td data-bbox="1435 863 1585 1027">5</td> </tr> </tbody> </table> | | Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Kemampuan menuntaskan aktivitas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="539 1032 757 1197">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="763 1032 936 1197">Meningkat</th> <th data-bbox="943 1032 1115 1197">Cukup Meningkat</th> <th data-bbox="1122 1032 1249 1197">Sedang</th> <th data-bbox="1256 1032 1429 1197">Cukup Menurun</th> <th data-bbox="1435 1032 1585 1197">Menurun</th> </tr> </thead> </table> | | Kriteria Hasil | Meningkat | Cukup Meningkat | Sedang | Cukup Menurun | Menurun | | | |
| Kriteria Hasil | Meningkat | Cukup Meningkat | Sedang | Cukup Menurun | Menurun | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="539 1201 757 1251">Keluhan nyeri</td> <td data-bbox="763 1201 936 1251">1</td> <td data-bbox="943 1201 1115 1251">2</td> <td data-bbox="1122 1201 1249 1251">3</td> <td data-bbox="1256 1201 1429 1251">4</td> <td data-bbox="1435 1201 1585 1251">5</td> </tr> </tbody> </table> | | Keluhan nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Keluhan nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="539 1256 757 1305">Meringis</td> <td data-bbox="763 1256 936 1305">1</td> <td data-bbox="943 1256 1115 1305">2</td> <td data-bbox="1122 1256 1249 1305">3</td> <td data-bbox="1256 1256 1429 1305">4</td> <td data-bbox="1435 1256 1585 1305">5</td> </tr> </tbody> </table> | | Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Meringis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | |
|----|---|----------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------|---|
| | | | | | | | | |
| | berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri Akut (D.007 7) b.dagen Pencedera fisik (mis.abses, amputasi terbakar, terpotong, mengengkut berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) d.d Gejala dan Tanda | Sikap protektif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terpai komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa |
| | | Gelisah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kesulitan tidur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Menarik diri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Berfokus pada diri sendiri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Diaforesis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Perasaan depresi (tertekan) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Perasaan takut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|----|--|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | <p>Mayor</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3. Gelisah</p> <p>4. Frekuensi nadi meningkat</p> | mengalami cedera berulang | | | | | | <p>nyeri (Teknik Relaksasi <i>back massage</i>).</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi m</p> <p>14. eredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <p>15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> |
| | | Anoereksia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Perinium terasa tertekan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Uterus teraba membulat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Ketegangan otot | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Pupil dilatsi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Muntah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|--|-----------------------------|----------------------------------|----------|----------------|--------|---------------|---|
| | | Kriteria Hasil | Memburuk | Cukup Memburuk | Sedang | Cukup Membaik | |
| 5. Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif <i>(tidak tersedia)</i> Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Nafsu makan berubah 3. Pola napas berubah 4. Proses berpikir terganggu | Frekuensi nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 16. Jelaskan strategi meredakan nyeri 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 18. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 19. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> |
| | Pola napas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Proses berpikir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Fokus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Fungsi berkemih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Perilaku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------|---------------|---------|--|--|-------------------------------|-----------|-----------------|--------|---------------|---------|------------------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| | 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Menyusui Tidak Efektif (D.0029) Definisi : Kondisi dimana Ibu dan Bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui Menyusui Tidak Efektif (D.0029) b.d. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam jam diharapkan Status Menyusui membaik, dengan kriteria hasil sebagai berikut : <table border="1" data-bbox="539 807 1585 1361"> <thead> <tr> <th data-bbox="539 807 757 971">Kriteria Hasil</th> <th data-bbox="763 807 936 971">Meningkat</th> <th data-bbox="943 807 1115 971">Cukup meningkat</th> <th data-bbox="1122 807 1245 971">Sedang</th> <th data-bbox="1252 807 1424 971">Cukup menurun</th> <th data-bbox="1431 807 1585 971">Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="539 976 757 1141">Perlekatan pada payudara ibu</td> <td data-bbox="763 976 936 1141">1</td> <td data-bbox="943 976 1115 1141">2</td> <td data-bbox="1122 976 1245 1141">3</td> <td data-bbox="1252 976 1424 1141">4</td> <td data-bbox="1431 976 1585 1141">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 1145 757 1361">Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar</td> <td data-bbox="763 1145 936 1361">1</td> <td data-bbox="943 1145 1115 1361">2</td> <td data-bbox="1122 1145 1245 1361">3</td> <td data-bbox="1252 1145 1424 1361">4</td> <td data-bbox="1431 1145 1585 1361">5</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | Kriteria Hasil | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | Perlekatan pada payudara ibu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Edukasi Menyusui (1.12393) 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 |
| Kriteria Hasil | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perlekatan pada payudara ibu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | |
|---|----------------------------------|--|---|---|---|---|-------------------------------|---|
| | ketidakadekuatan suplai ASI d.d. | Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung suami, keluarga tenaga kesehatan dan masyarakat Edukasi 8. Berikan konseling laktasi 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu 10. Ajarkan 4 (empat) posisi |
| | Gejala dan Tanda Mayor | Berat badan bayi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Subjektif | Tetes /pancaran | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 1. Kelemahan meternal | ASI | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 2. Kecemasan maternal | Suplai ASI adekuat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Objektif | Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara Ibu | Kepercayaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 2. ASI tidak | | | | | | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | |
|----|---|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | menetas/memancar | diri ibu | | | | | menyusui dan perlekatan bayi (<i>latch on</i>) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) | |
| | 3. BAK Bayi | Bayi tidur setelah menyusui | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | kurang dari 8 kali dalam 24 jam | Payudara ibu kosong setelah menyusui | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | 4. Nyeri dan terus menerus setelah minggu kedua | <i>Intake</i> bayi | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | Gejala dan Tanda Minor | Hisapan bayi | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | Subjektif (<i>tidak tersedia</i>) | Lecet pada puting | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | Objektif | Kelemahan maternal | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |
| | 1. Intake bayi | Kecemasan maternal | 1 | 2 | 3 | 4 | | 5 |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|-----------------------|--|--|---------------|----------------------|----------------|---|---|--|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | tidak adekuat | Bayi rewel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 2. Bayi menghisap tidak terus menerus | Bayi menangs setelah menyusui | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | 3. Bayi menangis saat disusui | | | | | | | |
| 3 | Resiko Infeksi (D.0142) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali dalam jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut : | | | | | | Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. |
| Kriteria Hasil | Meningkat | Cukup meningkat | Sedang | Cukup menurun | Menurun | | | |
| Kebersihan tangan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Kebersihan badan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) | |
|---------|--|----------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------|---|
| | | | | | | | | |
| | Resiko Infeksi (D.0142) b.d. peningkatan paparan organisme patogen lingkungan d.d. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) | Nafsu makan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan ketika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi |
| | | Demam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Kemerahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Bengkak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Vesikel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Cairan berbau busuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Sputum berwarna hijau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Drainase purulen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Piuna | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Periode | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | | | | | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|---|---|--|---|
| | | malaise | | | | | 10. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i> (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) |
| Periode mengigil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Lelargi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Gangguan kognitif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kadar sel darah sel putih | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kultur darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kultur urine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kultur sputum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Kultur feses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| No | Diagnosa keperawatan (SIKI) | Tujuan dan kriteria hasil (SLKI) | Intervensi Keperawatan (SIKI) |
|----|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) | |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (TRIARA & Kep, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan dimana seorang penulis menggunakan evaluasi somatif dan dengan permasalahan yang muncul tersebut belum teratasi secara penuh dan harus dilanjutkan intervensi dari setiap permasalahan (Wati et al., 2021a). Menurut (Wati, Utami, and Triana 2021), terdapat dua jenis evaluasi yaitu:

a. Evaluasi Formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (data berupa keluhan klien), obyektif (data hasil pengkajian), analisis data (perbandingan dengan teori) dan perencanaan. Komponen catatan perkembangan antara lain yaitu SOAP (Data Subyektif, Data Obyektif, Analisis atau assessment dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.

1) S (Subjektif)

Data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

2) (Objektif)

Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpangan fungsi fisik, tindakan keperawatan atau akibat pengobatan.

3) A (*Analisis atau Assessment*)

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, analisis ada 3 yaitu (teratasi, tidak teratasi dan teratasi sebagian) sehingga perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. Oleh karena itu, sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana dan tindakan.

4) P (*Perencanaan/Planning*)

Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang ditentukan.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang didapatkan digunakan pada evaluasi jenis ini akan melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respons klien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi :

- 1) Tujuan tercapai/masalah teratasi : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai / masalah tidak teratasi : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah/diagnosis keperawatan yang baru.