

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori Medis**

##### **2.1.1 Pengertian**

Operasi Caesar atau sering disebut dengan Seksio Sesarea adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus).

Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Wiknojosastro, 2005).

Seksio Sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina. Dan juga Seksio Sesarea juga diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau insisi transabdominal uterus (solikhah, 2005).

##### **2.1.2 Etiologi**

###### **1. Indikasi yang berasal dari ibu**

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak ada, disporposi sefalo pelvik (disporposi janin / panggul). ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes melitus),

gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

## 2. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi.

### 2.1.3 Indikasi dilakukanya persalinan Seksio Sesarea

#### 1. Indikasi Ibu

- a. Panggul sempit absolute.
- b. Tumor-tumor jalan lahir menimbulkan obstruksi.
- c. Stenosis vagina.
- d. Plasenta previa.
- e. Dispropporsi sefalopelvis.
- f. Ruptur uterus.
- g. Diabetes (kadang-kadang).
- h. Riwayat obstetri yang buruk.
- i. Riwayat SeksioSesareaklasik.
- j. Infeksi hipervirus tipe II (genetik).

#### 2. Indikasi janin

- a. Letak janin yang tidak stabil tidak bisa dikoreksi.
- b. Presentasi bokong (kadang-kadang).
- c. Penyakit atau kelainan berat pada janin seperti eritoblastosis atau retardasi pertumbuhan yang nyata.
- d. Gawat janin.

#### 2.1.4 Klasifikasi

Menurut Sarwono, Seksio Sesarea dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

1. Seksio Sesareaabdominalis, dengan tipe operasi:
  - a. Seksio Sesareatransperitonialis yang terdiri dari:
    - 1) Seksio Sesareaklasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri. Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.
    - 2) Seksio Sesareaismika atau profunda dengan insisi pada segmen bawah rahim dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira 10 cm.
  - b. Seksio Sesareaekstraperitonealis yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis.
2. Seksio Sesareavaginalis, sayatan pada rahim dapat dilakukan sebagai berikut:
  - a. Sayatan memanjang (longitudinal), (menurut kronig).
  - b. Sayatan melintang (tranversal), (menurut kerr).
  - c. Sayatan huruf T (T-incision), (menurut Mochtar, Rustam).

#### 2.1.5 Penatalaksanaan

##### a. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

- 1) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50 mg.

2) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Mepedirin.

3) Obat-obatan antiemetic, misalnya proklorasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

b. Tanda-tanda vital

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

c. Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urine jauh di bawah 30 ml / jam, pasien harus segera di evaluasi paling lambat pada hari kedua.

d. Vesika urinarius dan usus

Kateter dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

e. Ambulasi

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

f. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ke tiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

g. Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

h. Perawatan payudara

Pemberian asi dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu seminggunya dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

## 2.1.6 Komplikasi

### 1. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dsb.

## 2. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

3. Komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.
4. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah Seksio Sesareklasik.

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

#### a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

- 1) Pemantauan EKG.
- 2) JDL dengan diferensial.
- 3) Elektrolit.
- 4) Hemoglobin / Hematokrit.
- 5) Golongan dan pencocokan saling darah.
- 6) Urinalisis.
- 7) Aminiosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi.
- 8) Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
- 9) Ultrasound sesuai pesanan (Tucker, Susan Martin, 1998).

Periksa tekanan darah, frekuensi nadi dan pernafasan, ukur jumlah urine yang tertampung dikantong urin, periksa / kultur jumlah perdarahan selama operasi. Buat laporan operasi dan cantumkan hasil pemeriksaan diatas pada lembar laporan. Catat lama operasi, jenis kelamin, nilai APGAR dan kondisi bayi saat lahir, lembar operasi ditandatangani oleh operator.

Buat instruksi perawatan meliputi:

- a) Perawatan pasca operasi.
  - b) Jadwal pemeriksaan ulang tekanan darah, frekuensi nadi dan nafas.
  - c) Jadwal pengukuran jumlah produksi urin.
  - d) Berikan infuse dengan jelas, singkat dan terinci bila dijumpai adanya penyimpangan.
- b. Penatalaksanaan medis
- 1) Cairan IV sesuai indikasi.
  - 2) Anestesia; regional atau general.
  - 3) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan Seksio Sesarea.
  - 4) Tes laboratorium / diagnostic sesuai indikasi.
  - 5) Pemberian oksitosin sesuai indikasi.
  - 6) Tanda vital per protocol ruang pemulihan.
  - 7) Persiapan kulit pembedahan abdomen.
  - 8) Persetujuan ditandatangani.
  - 9) Pemasangan kateter foley.

## 2.1.8 Perubahan Fisiologis Post Seksio Sesarea

### 1. Sistem Reproduksi

#### a. Payudara

Setelah persalinan behubung lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum, maka estrogen dan progesterone berkurang, prolaktin akan meningkat dalam darah yang merangsang sel-sel acini untuk memproduksi ASI. Keadaan payudara pada dua hari pertama post partum sama dengan keadaan dalam masa kehamilan. Pada hari ketiga dan keempat buah dada membesar, keras dan nyeri ditandai dengan sekresi air susu sehingga akan terjadi proses laktasi. Laktasi merupakan suatu masa dimana terjadi perubahan pada payudara ibu, sehingga mampu memproduksi ASI dan merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf dan berbagai macam hormon sehingga ASI dapat keluar.

#### b. Involusi Uterus

Segera setelah plasenta lahir, uterus mengalami kontraksi dan retraksi ototnya akan menjadi keras sehingga dapat menutup / menjepit pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas inplantasi plasenta.

Proses involusi uterus terjadi secara progressive dan teratur yaitu 1-2 cm setiap hari dari 24 jam pertama post partum sampai akhir minggu pertama saat tinggi fundus sejajar dengan tulang pubis. Pada minggu keenam uterus kembali normal seperti keadaan



sebelum hamil kurang lebih 50-60 gram. Pada Seksio Sesarea fundus uterus dapat diraba pada pinggir perut. Rasa tidak nyaman karena kontraksi uterus bertambah dengan rasa nyeri akibat luka sayat pada uterus terjadi setelah klien sadar dari narkose dari 24 jam post operasi.

c. Endometrium

Dalam dua hari post partum desidua yang tertinggal dan berdiferensiasi menjadi 2 lapisan, lapisan superficial menjadi nekrotik dan terkelupas bersama lochea. Sedangkan lapisan basah yang bersebelahan dengan miometrium yang berisi kelenjar tetap utuh dan merupakan sumber pembentukan endometrium baru. Proses regenerasi endometrium berlangsung cepat. Seluruhnya endometrium pulih kembali dalam minggu kedua dan ketiga.

1) Cerviks, Vagina, Vulva, Perineum

Pada persalinan dengan Seksio Sesarea tidak terdapat peregangan pada serviks dan vagina kecuali bila sebelumnya dilakukan partus percobaan serviks akan mengalami peregangan dan kembali normal sama seperti post partum normal. Pada klien dengan Seksio Sesarea keadaan perineum utuh tanpa luka. Lochea adalah secret yang berasal dari dalam rahim terutama luka bekas inplantasi plasenta yang keluar melalui vagina. Lochea merupakan pembersihan uterus setelah melahirkan yang secara mikroskopik terdiri dari eritrosit, kelupasan desidua, sel-

sel epitel dan bakteri yang dikeluarkan pada awal masa nifas.

Lochea dibagi berdasarkan warna dan kandungannya yaitu:

a) Lochea Rubra

Keluar pada hari pertama sampai hari ketiga post partum.

Warna merah terdiri dari darah, sel-sel desidua, vernik caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa-sisa selaput ketuban.

b) Lochea Serosa

Mengandung sel darah tua, serum, leukosit dan sisa-sisa jaringan dengan warna kuning kecoklatan, berlangsung hari keempat dan kesembilan post partum.

c) Lochea Alba

Berwarna putih kekuningan, tidak mengandung darah, berisi sel leukosit, sel-sel epitel dan mukosa serviks. Dimulai pada hari ke-10 sampai minggu ke 2-6 post partum. Perdarahan lochea menunjukkan keadaan normal. Jika pengeluaran lochea berkepanjangan, pengeluaran lochea tertahan, lochea yang prulenta (nanah), aras nyeri yang berlebihan, terdapat sisa plasenta yang merupakan sumber perdarahan dan terjadi infeksi intra uterin.

## 2. Sistem Respirasi

Penggunaan obat-obat anesthesia umum selama proses pembedahan menyebabkan perubahan kecepatan frekuensi,

kedalaman dan pola respirasi. Setelah operasi mungkin terjadi penumpukan secret pada jalan nafas yang menyebabkan perubahan pola nafas, juga suara tambahan berupa rales. Hal ini tidak ditemukan pada anesthesia spinal. Sedangkan peningkatan respirasi mungkin terjadi sebagai respon klien terhadap adanya nyeri.

### 3. Sistem Cardiovasculer

Selama masa kehamilan dan persalinan sistem cardiovasculer banyak mengalami perubahan antara lain :

#### a) Cardiac Output

Penurunan cardiac output menyebabkan bradikardi (50-70x/menit) pada hari pertama setelah persalinan. Bila frekuensi denyut nadi cepat mengindikasikan adanya perdarahan, kecemasan, kelelahan, infeksi penyakit jantung, dapat terjadi hipotensi orthostatik dengan penurunan tekanan systolic kurang lebih 20 mmHg yang merupakan kompensasi pertahanan tubuh untuk menurunkan resistensi vaskuler sebagai akibat peningkatan tekanan vena. Biasanya ini terjadi beberapa saat setelah persalinan, dan saat pertama kali melakukan mobilisasi (ambulasi). Bila terjadi penurunan secara drastic merupakan indikasi terjadinya perdarahan uteri.

#### b) Volume dan Konsentrasi Darah

Pada 72 jam pertama setelah persalinan banyak kehilangan plasma dari pada sel darah. Selama persalinan erithropoesis meningkat menyebabkan kadar hemoglobin menurun dan nilainya akan

kembali stabil pada hari keempat post partum. Jumlah leukosit meningkat pada early post partum hingga nilainya mencapai  $30.000/\text{mm}^3$  tanpa adanya infeksi. Apabila peningkatan lebih dari 30 % dalam 6 jam pertama, maka hal ini mengindikasikan adanya infeksi.

Jumlah darah yang hilang selama persalinan sekitar 400-500 ml. Pada klien post partum dengan Seksio Sesarea kehilangan darah biasanya lebih banyak dibanding persalinan normal (600-800 cc).

#### 4. Sistem Gastrointestinal

Pada klien dengan post partum Seksio Sesarea biasanya mengalami penurunan tonus otot dan motilitas traktus gastrointestinal dalam beberapa waktu. Pemulihan kontraksi dan motilitas otot tergantung atau dipengaruhi oleh penggunaan analgetik dan anesthesia yang digunakan, serta mobilitas klien. Sehingga berpengaruh pada pengosongan usus. Secara spontan mungkin terhambat hingga 2-3 hari. Selain itu klien akan merasa pahit pada mulut karena dipuasakan atau merasa mual karena pengaruh anesthesia umum. Sebagai akibatnya klien akan mengalami gangguan pemenuhan asupan nutrisi serta gangguan eliminasi BAB. Klien dengan spinal anesthesia tidak perlu puasa sebelumnya.

#### 5. Sistem Endokrin

Kaji kelenjar tiroid, adakah pembesaran pada kelenjar tiroid, pembengkakan kelenjar getah bening dan kaji juga pengeluaran ASI dan kontraksi uterus.

## 6. Sistem Perkemihan

Pada klien seksio sesarea terutama pada kandung kemih dapat terjadi karena letak blass berdempetan dengan uterus, sehingga pengosongan kandung kemih mutlak dilakukan dan biasanya dipasang folly kateter selama pembedahan sampai 2 hari post operasi. Dengan demikian kmungkinan dapat terjadi gangguan pola eliminasi BAK, sehingga klien perlu dilakukan bladder training. Kaji warna urine yang keluar, jumlahnya dan baunya.

## 7. Sistem Persarafan

Sistem persarafan pada klien post partum biasanya tidak mengalami gangguan kecuali ada komplikasi akibat dari pemberian anesthesia spinal atau penusukan pada anestesi epidural dapat menimbulkan komplikasi penurunan sensasi pada ekstremitas bawah. Klien dengan spinal anesthesia perlu tidur flat selama 24 jam pertama. Kesadaran biasanya.

## 8. Sistem Integumen

Cloasma / hyperpigmentasi kehamilan sering hilang setelah persalinan akibat dari penurunan hormon progesterone dan melanotropin, namun pada beberapa wanita ada yang tidak menghilang secara keseluruhan, kadang ada yang hyperpigmentasi yang menetap. Pertumbuhan rambut yang berlebihan terlihat selama kehamilan seringkali menghilang setelah persalinan, sebagai akibat dari penurunan hormon progesterone yang mempengaruhi folikel rambut sehingga rambut tampak rontok.

## 9. Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan otot abdomen teregang secara bertahap, hal ini menyebabkan hilangnya kekenyalan otot pada masa post partum, terutama menurunnya tonus otot dinding dan adanya diastasis rektus abdominalis. Pada dinding abdomen sering tampak lembek dan kendur dan terdapat luka / insisi bekas operasi, secara berangsur akan kembali pulih, selain itu sensasi ekstremitas bawah dapat berkurang selama 24 jam pertama setelah persalinan, pada klien post partum dengan seksio sesaria, hal ini terjadi bila dilakukan regio anestesi dapat terjadi pula penurunan kekuatan otot yang disebabkan oleh peregangan otot (Hakimi, 2010).

### **2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan menurut (Nikmatur, 2012) penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

#### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.

#### 2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual /potensial) dari individu atau kelompok

agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan.

### 2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

### 2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

### 2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

## 2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan (teori pada Post Seksio Sesarea)

### 2.3.1 Pengkajian Keperawatan

#### a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, agama, status.

b. Data riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan pada saat itu serta tanggal / bulan / jam masuk rumah sakit, diagnosa medis dan kemudian keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi Seksio Sesrea setelah dibawa ke ruangan rawat inap.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang menular ataupun menurun yang ada pada keluarga. Riwayat kesehatan petrlu dikaji antara lain : penyakit TBC, diabetes mellitus, hipertensi serta lahir kembar.

4) Riwayat psikososial

Mencakup hubungan persepsi klien terhadap keluarga maupun terhadap kehamilannya. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain : hubungan klien terhadap keluarga maupun suami, persepsi klien terhadap kehamilan yang dikehendaki atau tidak.

5) Riwayat persalinan

Untuk mengetahui proses persalinan yang terjadi dan tindakan-tindakan yang sudah dilakukan. Hal yang perlu dikaji adalah



pernah hamil atau tidak, usia melahirkan, jumlah anak yang hidup atau mati, penolong persalinan, kelainan-kelainan pada masa nifas.

6) Pola fungsi kesehatan (Nikamatur, 2012)

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Seberapa jauh klien mengerti dalam pemeliharaan kesehatan sebelum dan pada saat kebersihan setelah operasi.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dikaji guna mengetahui nilai gizi yang dikonsumsi mencukupi kebutuhan ibu atau tidak sebelum sakit dan pada saat masuk di rumah sakit. Hal yang perlu dikaji dalam pola nutrisi adalah: jenis makanan yang dimakan, jumlah / porsi, frekwensi.

c) Pola aktifitas

Pola aktifitas dikaji guna mengetahui aktifitas sehari-hari yang dilakukan klien. Hal ini berhubungan dengan kondisi kesehatan sebelum dan setelah melahirkan. Yang perlu dikaji adalah: kegiatan yang dilakukan sehari-hari selama di rumah sakit, adakah keluhan tertentu pada saat atau sesudah melakukan aktifitas tersebut.

d) Pola eliminasi

Yang perlu dikaji pada eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi uri (buang air kecil). Pola eliminasi menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan saat di rumah sakit yang meliputi: frekwensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah.

e) Pola tidur dan istirahat

Kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai dengan saat di rumah sakit yang meliputi: lama istirahat tidur siang dan malam, adanya gangguan atau tidak.

f) Pola sensori dan kognitif

Kemampuan klien berkomunikasi (berbicara dan mengerti pembicaraan) status mental dan orientasi, kemampuan penginderaan yang meliputi: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, peraba dan pengecap.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Klien yang sudah dapat mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya meliputi: gambaran diri, harga diri, ideal diri, peran diri, idientitas diri.

h) Pola hubungan dan peran

Hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lainnya, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

i) Pola seksualitas

Dikaji berdasarkan jenis kelaminya yaitu perempuan, umur, sudah menikah / belum.

j) Pola mekanisme koping

Mekanisme koping yang biasa digunakan klien ketika menghadapi masalah / konflik / stress / kecemasan.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mempunyai keyakinan terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien dan berdampak pada kesehatan klien, sebelum sakit sampai saat sakit.

c. Pemeriksaan fisik (Nikmatur, 2012)

1) Status kesehatan umum

- a) Keadaan penyakit : lemah, ringan, sedang, berat, gelisah, rewel.
- b) Kesadaran: dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dipilih sesuai dengan kondisi klien.

Secara kuantitatif: pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan pengukuran Glasgow Coma Skala (GCS).

Secara kualitatif: tingkat kesadaran dimulai dari compos mentis, apatis, samnolen, sopor dan koma.

c) Tanda-tanda vital:

Pernafasan: frekwensi per menit, irama pernafasan regular / irregular.

Suhu: ...°C.

Nadi: frekwensi per menit, kualitas kuat / lemah, irama regular / irregular.

Tekanan darah :...mmHg.

2) Kepala

Rambut: warna, kebersihan, kutu, ketombe.

Muka: raut muka, warna, kebersihan, jerawat, luka.

Mata: kelopak, konjungtiva, pupil, sklera, lapang pandang.

Hidung : kebersihan, sekresi dan pernafasan cuping hidung.

Mulut :bibir, mukosa mulut, lidah, tonsil.

Gigi: jumlah, karies gusi, kebersihan.

Telinga: kebersihan dan pemeriksaan pendengaran.

### 3) Leher

Pembesaran kelenjar limfe, tiroid.

### 4) Dada

Inspeksi : diameter anteroposterior dalam proporsi terhadap diameter lateral (bentuk dada), ekspansi dada. Gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman), ictus cordis, penggunaan otot bantu pernafasan.

Palpasi : massa otot dan tulang torak meliputi : bengkak, nyeri, massa, pulsasi, krepitasi, ekspansi dinding dada, fremitus raba, impuls apical dan getaran *thrill*.

Perkusi : perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.

Auskultasi : suara nafas, suara nafas tambahan dan suara jantung.

### 5) Abdomen

Inspeksi: striae, jaringan parut, lesi, kemerahan, umbilicus, adanya luka post operasi Seksio Sesarea, tinggi fundus sesuai hari post partum / tidak dan garis bentuk abdomen.

Palpasi : rasakan adanya spasme otot, nyeri tekan dan adanya massa.

Perkusi: dengarkan bunyi yang dihasilkan kontraksi uterus baik / tidak.

Auskultasi : frekuensi, nada dan intensitas bising usus.

6) Pemeriksaan penunjang

USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta.

Pemeriksaan hemoglobin.

Pemeriksaan hematokrit.

7) Terapi

Ditulis dosis, frekwensi pemberian melalui: oral, parenteral dan lain-lain.

d. Analisa data (Nikmatur, 2012)

1) Tanggal / jam

Kolom ini diisi tanggal, bulan, tahun dan jam waktu analisis itu dilakukan.

2) Pengelompokan data

a) Kelompokkan data dalam data subjektif dan data objektif (DS-DO).

b) Kelompok data terdiri dari data-data yang menunjang dan sesuai untuk satu kebutuhan.

c) Kelompok data hanya berasal dari data yang sudah diperoleh dari data pengkajian.

d) Kumpulan satu DS dan DO hanya untuk satu masalah keperawatan.

3) Masalah

- a) Tulislah interpretasi masalah keperawatan sesuai dengan hasil pengelompokan data.
  - b) Sedapat mungkin tulislah masalah sesuai dengan daftar masalah yang teridentifikasi dalam daftar diagnosis keperawatan NANDA.
  - c) Tulislah label dari setiap masalah yang terjadi (perubahan, ketidakefektifan, gangguan, kerusakan, resiko, resiko tinggi, kemungkinan, sindrom, potensial peningkatan terhadap dan potensial komplikasi).
  - d) Jangan menuliskan masalah dengan kebutuhan / simtom (oksigenasi, eliminasi, istirahat, sesak, gelisah, nadi meningkat dan lain-lain).
  - e) Jangan membuat singkatan yang tidak umum.
- 4) Kemungkinan penyebab
- a) Tulislah kemungkinan penyebab yang sesuai dengan kelompok data subjektif / data objektif.
  - b) Jangan sekali-kali menuliskan kemungkinan penyebab yang tidak teridentifikasi dalam DS / DO.
  - c) Bila ditemukan kemungkinan penyebab lebih dari satu, pilih kemungkinan penyebab paling utama.
  - d) Pastikan bahwa kemungkinan penyebab memang ada hubungan sebab akibat dengan masalah yang terjadi dan didukung dengan data-data yang memadai.

### 2.3.2 **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan Seksio Sesarea (Doengoes, 2001) dan (Lynda J, 2000) adalah sebagai berikut :

1. Transisi perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan atau adanya peningkatan anggota keluarga.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan.
3. Ansietas (cemas) berhubungan dengan situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi / kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
4. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa kehidupan.
5. Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan fungsi biokimia atau regulasi.
6. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan.  
(Lynda J, 2000:116)
7. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan / kulit rusak.
8. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot.
9. Kurang pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurang pemajanan sesuatu mengingati kesalahan interpretasi, tidak mengenal sumber-sumber.
10. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan trauma atau diversi mekanisme efek-efek hormonal / anastesi.

11. Kurang perawatan diri berhubungan dengan efek-efek anastesi, penurunan kekuatan dan ketahanan, ketidaknyamanan fisik.

### **2.3.3 Perencanaan Keperawatan**

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan, kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan.

1. Transisi perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan atau adanya peningkatan anggota keluarga.
  - 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan dapat menerima perubahan dalam keluarga dengan anggota barunya.
  - 2) Kriteria Hasil:
    - a) Menggendong bayi, bila kondisi memungkinkan.
    - b) Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat.
    - c) Mulai secara aktif mengikuti perawatan bayi baru lahir dengan cepat.
  - 3) Rencana Tindakan
    - a) Anjurkan pasien untuk menggendong menyentuh dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi pasien dan bayi tergantung pada kondisi pasien dan bayi, bantu sesuai kebutuhan.



- b) Berikan kesempatan untuk ayah / pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi.
  - c) Observasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menggandakan dan kedekatan dalam budaya tertentu.
  - d) Diskusikan kebutuhan kemajuan dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan. Perhatikan kenormalan dari variasi respon dari satu waktu ke waktu.
  - e) Sambut keluarga dan saudara untuk kunjungan sifat segera bila kondisi ibu atau bayi memungkinkan.
  - f) Berikan informasi sesuai kebutuhan, keamanan dan kondisi bayi. Dukungan pasangan sesuai kebutuhan.
  - g) Jawab pertanyaan pasien mengenai protocol, perawatan selama periode pasca kelahiran.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan.
- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang.
  - 2) Kriteria Hasil:
    - a) Mengungkapkan rasa nyeri berkurang.
    - b) Tampak rileks dan tidur.
  - 3) Rencana Tindakan

- a) Tentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis kesakitan.
  - b) Berikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat.
  - c) Evaluasi tekanan darah dan nadi; perhatikan perubahan perilaku.
  - d) Perhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.
  - e) Ubah posisi pasien, kurangi rangsangan berbahaya dan berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.
  - f) Lakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesik.
  - g) Anjurkan ambulasi dini untuk menghindari makanan atau cairan berbentuk gas, misalnya: kacang-kacangan dan minuman berkarbonat.
  - h) Anjurkan penggunaan posisi rekumben lateral kiri.
  - i) Infeksi hemoroid pada perineum dengan menganjurkan penggunaan es secara 20 menit setiap 24 jam, penggunaan bantal untuk peninggian pelvis secara kebutuhan.
  - j) Palpasi kandung kemih, perhatikan adanya rasa penuh dalam berkemih periodik setelah pengangkatan kateter indwelling.
3. Ansietas (cemas) berhubungan dengan situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi / kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam, diharapkan ansietas / cemas dapat berkurang atau hilang.

## 2) Kriteria hasil:

- a) Mengungkapkan perasaan cemas.
- b) Melaporkan bahwa cemas sudah berkurang.
- c) Kelihatan rileks, dapat tidur / istirahat dengan benar.

## 3) Rencana Tindakan

- a) Dorong keberadaan atau partisipasi pasangan.
- b) Tentukan tingkat ansietas pasien dan sumber dari masalah.
- c) Bantu pasien atau pasangan dalam mengidentifikasi koping baru yang lazim dan perkembangan strategi koping baru jika dibutuhkan.
- d) Memberikan informasi yang akurat tentang keadaan pasien dan bayi.
- e) Mulai kontak antara pasien / pasangan baik sesegera mungkin.

## 4. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa kehidupan.

1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam, diharapkan tidak lagi mengungkapkan perasaan negatif diri dan situasi.

## 2) Kriteria Hasil :

- a) Mengungkapkan pemahaman mengenai faktor individu yang mencetuskan situasi saat ini.
- b) Mengekspresikan diri yang positif.

## 3) Rencana Tindakan :

- a) Tentukan respon emosional pasien / pasangan terhadap kelahiran Seksio Sesarea.
  - b) Tinjau ulang partisipasi pasien / pasangan dan peran dalam pengalaman kelahiran. Identifikasi perilaku positif selama proses prenatal dan antenatal.
  - c) Tekankan kemiripan antara kelahiran Seksio Sesarea dan vagina. Sampaikan sifat positif terhadap kelahiran Seksio Sesarea serta atur perawatan pasca partum sedekat mungkin pada perawatan sedekat mungkin pada perawatan yang diberikan pada pasien setelah kelahiran.
5. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan / kulit rusak.
- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ... x 24 jam, diharapkan tanda-tanda infeksi tidak terjadi.
  - 2) Kriteria Hasil:
    - a) Luka bebas dari drainase purulen dengan tanda awal penyembuhan.
    - b) Bebas dari infeksi, tidak demam, urin jernih kuning pucat.
  - 3) Rencana Tindakan
    - a) Anjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalasan kotor, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat.

- b) Tinjau ulang hemoglobin / hematokrit prenatal; perhatikan adanya kondisi yang mempredisposisikan pasien pada infeksi pasca operasi.
  - c) Kaji status nutrisi pasien. Perhatikan penampilan rambut, kuku jari, kulit dan sebagainya serta perhatikan berat badan sebelum hamil dan penambahan berat badan prenatal.
  - d) Dorong masukan cairan oral diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi.
  - e) Inspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan. Lepasnya balutan sesuai indikasi.
  - f) Inspeksi insisi terhadap proses penyembuhan, perhatikan kemerahan odem, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan.
  - g) Bantu sesuai kebutuhan pada pengangkatan jahitan kulit.
  - h) Dorong pasien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari.
  - i) Kaji nadi, suhu dan pemeriksaan lab sel darah putih.
  - j) Kaji lokasi kontraktilitas uterus; perhatikan perubahan involusi atau adanya nyeri tekan uterus yang ekstrem.
6. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan.
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, diharapkan dapat meningkatkan dan melakukan aktivitas sesuai kemampuan tanpa disertai nyeri.
  - 2) Kriteria hasil :

Klien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas.

3) Rencana tindakan :

- a) Kaji respon pasien terhadap aktivitas.
- b) Catat tipe anestesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.
- c) Anjurkan klien untuk istirahat.
- d) Bantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.
- e) Tingkatkan aktivitas secara bertahap.

#### **2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan**

1. Transisi perubahan proses keluarga berhubungan dengan perkembangan atau adanya peningkatan anggota keluarga.

1. Pelaksanaan Tindakan

- a) Menganjurkan pasien untuk menggendong menyentuh dan memeriksa bayi, tergantung pada kondisi pasien dan bayi tergantung pada kondisi pasien dan bayi, bantu sesuai kebutuhan.
- b) Memberikan kesempatan untuk ayah / pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi.
- c) Mengobservasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku yang dianggap menggandakan dan kedekatan dalam budaya tertentu.

- d) Mendiskusikan kebutuhan kemajuan dan sifat interaksi yang lazim dari ikatan. Perhatikan kenormalan dari variasi respon dari satu waktu ke waktu.
- e) Menyambut keluarga dan saudara untuk kunjungan sifat segera bila kondisi ibu atau bayi memungkinkan.
- f) Memberikan informasi sesuai kebutuhan, keamanan dan kondisi bayi. Dukungan pasangan sesuai kebutuhan.
- g) Menjawab pertanyaan pasien mengenai protocol, perawatan selama periode pasca kelahiran.

## 2. Rasional

- a) Memberikan kesempatan pada jam pertama setelah kelahiran untuk ikatan keluarga terjadi Karena ibu dan bayi secara emosional dan menerima isyarat satu sama lain, yang menyukai kedekatan dan proses pengenalan.
- b) Membantu memudahkan ikatan / kedekatan diantara ayah dan bayi. Memberikan kesempatan untuk ibu memvalidasi realitas situasi dan bayi baru lahir.
- c) Memandang kontak pertama dengan bayi, pada ibu menunjukkan pola progresif dari dengan cara menggunakan ujung jari.
- d) Membantu pasien serta pasangan memahami makna pentingnya proses dan memberikan keyakinan bahwa perbedaan diperkirakan.

- e) Meningkatkan kesatuan keluarga dan membantu saling memulai proses adaptasi positif terhadap peran baru serta memasukkan anggota baru kedalam struktur keluarga.
  - f) Membantu pasangan untuk memproses mengevaluasi informasi yang diperlukan, khususnya bila periode pengenalan awal telah terlambat.
  - g) Memberikan informasi dapat menghilangkan cemas yang mengganggu ikatan atau mengakibatkan absorpsi dari pada perhatian terhadap bayi baru lahir.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri akut) berhubungan dengan trauma pembedahan.
1. Pelaksanaan Tindakan
- a) Menentukan lokasi dan karakteristik ketidaknyamanan perhatikan isyarat verbal dan non verbal seperti meringis kesakitan.
  - b) Memberikan informasi dan petunjuk antisipasi mengenai penyebab ketidaknyamanan dan intervensi yang tepat.
  - c) Mengevaluasi tekanan darah dan nadi; perhatikan perubahan perilaku.
  - d) Memperhatikan nyeri tekan uterus dan adanya karakteristik nyeri.
  - e) Mengubah posisi pasien, kurangi rangsangan berbahaya dan berikan gosokan punggung serta gunakan teknik pernafasan relaksasi dan distraksi.



- f) Melakukan nafas dalam menggunakan prosedur-prosedur pembebasan dengan tepat 30 menit setelah pemberian analgesik.
- g) Menganjurkan ambulasi dini untuk menghindari makanan atau cairan berbentuk gas, misalnya: kacang-kacangan dan minuman berkarbonat.
- h) Menganjurkan penggunaan posisi rekumben lateral kiri.
- i) Menganjurkan penggunaan es secara 20 menit setiap 24 jam, bila Infeksi hemoroid pada perineum dengan penggunaan bantal untuk peninggian pelvis secara kebutuhan.
- j) Memperhatikan adanya rasa penuh dalam berkemih periodik Pada palpasi kandung kemih setelah pengangkatan kateter indwelling.

## 2. Rasional

- a) Memahami pasien mungkin tidak secara verbal dengan melaporkan nyeri dan ketidaknyamanan secara langsung. Membedakan karakteristik khusus dari nyeri dengan membantu membedakan nyeri paksa operasi dari terjadinya komplikasi.
- b) Meningkatkan pemecahan masalah dan membantu mengu.rangi rasa nyeri berkenan dengan rasa cemas.
- c) Mengindari dari banyak pasien yang nyeri menyebabkan gelisah, serta tekanan darah dan nadi meningkat.
- d) Melihat kondisi pasien selama 12 jam pertama pasca partum, kontraksi uterus kuat dan teratur serta berlanjut 2-3 hari berikutnya, meskipun frekuensi dan intensitasnya dikurangi

faktor-faktor yang memperberat nyeri penyerta meliputi multipara, overdistresi uterus.

- e) Merilekskan otot dan mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri. Meningkatkan kenyamanan dan menurunkan distraksi.
  - f) Membebaskan penurunan regangan dan tegangan area insisi dan mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan berkenaan dengan gerakan otot abdomen.
  - g) Menurunkan pembentukan gas dan meningkatkan peristaltik untuk menghilangkan ketidaknyamanan karena akumulasi gas.
  - h) Memungkinkan gas meningkat dari kolon desenden ke sigmoid yang mempermudah pengeluaran.
  - i) Membantu regresi hemoroid dan varises vulva dengan meningkatkan vasokonstriksi, menurunkan ketidaknyamanan dan gatal, serta meningkatkan fungsi usus normal.
  - j) Mengembalikan fungsi kandung kemih normal memerlukan 4-7 hari dan overdistensi kandung kemih menciptakan perasaan dan ketidaknyamanan.
3. Ansietas (cemas) berhubungan dengan situasi, ancaman pada konsep diri, transmisi / kontak interpersonal, kebutuhan tidak terpenuhi.
- 1. Pelaksanaan Tindakan
    - a) Mendorong keberadaan atau partisipasi pasangan.
    - b) Menentukan tingkat ansietas pasien dan sumber dari masalah.

- c) Membantu pasien atau pasangan dalam mengidentifikasi koping baru yang lazim dan perkembangan strategi koping baru jika dibutuhkan.
- d) Memberikan informasi yang akurat tentang keadaan pasien dan bayi.
- e) Memulai kontak antara pasien / pasangan baik sesegera mungkin.

## 2. Rasional

- a) Memberikan dukungan emosional; dapat mendorong mengungkapkan masalah.
- b) Mendorong pasien atau pasangan untuk mengungkapkan keluhan atau harapan yang tidak terpenuhi dalam proses ikatan / menjadi orang tua.
- c) Membantu memfasilitasi adaptasi yang positif terhadap peran baru, dengan mengurangi perasaan cemas.
- d) Memberikan informasi / kesalahpahaman yang salah dapat meningkatkan tingkat kecemasan.
- e) Mengurangi cemas yang mungkin berhubungan dengan penanganan bayi, takut terhadap sesuatu yang tidak diketahui, atau menganggap hal yang buruk berkenaan dengan keadaan bayi.

4. Harga diri rendah berhubungan dengan merasa gagal dalam peristiwa kehidupan.

### 1. Pelaksanaan Tindakan :

- a) Menentukan respon emosional pasien / pasangan terhadap kelahiran Seksio Sesarea.
- b) Meninjau ulang partisipasi pasien / pasangan dan peran dalam pengalaman kelahiran. Identifikasi perilaku positif selama proses prenatal dan antenatal.
- c) Menekankan kemiripan antara kelahiran Seksio Sesarea dan vagina. Sampaikan sifat positif terhadap kelahiran Seksio Sesareaserta atur perawatan pasca partum sedekat mungkin pada perawatan sedekat mungkin pada perawatan yang diberikan pada pasien setelah kelahiran.

## 2. Rasional

- a) Membantu kedua anggota pasangan mungkin mengalami reaksi emosi negatif terhadap kelahiran Seksio Sesarea meskipun bayi sehat, orang tua sering berduka dan merasa kehilangan karena tidak mengalami kelahiran pervagian sesuai yang diperkirakan.
- b) Membantu dalam saling membagi akan pengalaman kelahiran, sebagai dapat membantu menghindari rasa bersalah.
- c) Mengubah persepsi tentang pengalaman kelahiran Seksio Sesareasebagaimana tentang kesehatanya / penyakitnya berdasarkan pada sikap professional.

## 5. Resiko tinggi terhadap infeksi behubungan dengan trauma jaringan / kulit rusak.

### 1. Pelaksanaan Tindakan

- a) Menganjurkan dan gunakan teknik mencuci tangan dengan cermat dan pembuangan pengalas kotoran, pembalut perineal dan linen terkontaminasi dengan tepat.
- b) Meninjau ulang hemoglobin / hematokrit prenatal; perhatikan adanya kondisi yang mempredisposisikan pasien pada infeksi pasca operasi.
- c) Mengkaji status nutrisi pasien. Perhatikan penampilan rambut, kuku jari, kulit dan sebagainya serta perhatikan berat badan sebelum hamil dan penambahan berat badan prenatal.
- d) Mendorong masukan cairan oral diet tinggi protein, vitamin c dan zat besi.
- e) Menginspeksi balutan abdominal terhadap eksudat atau rembesan. Lepasnya balutan sesuai indikasi.
- f) Menginspeksi insisi terhadap proses penyembuhan, perhatikan kemerahan odem, nyeri, eksudat atau gangguan penyatuan.
- g) Membantu sesuai kebutuhan pada pengangkatan jahitan kulit.
- h) Mendorong pasien untuk mandi shower dengan menggunakan air hangat setiap hari.
- i) Mengkaji nadi, suhu dan pemeriksaan lab sel darah putih.
- j) Mengkaji lokasi kontraktilitas uterus; perhatikan perubahan involusi atau adanya nyeri tekan uterus yang ekstrem.

## 2. Rasional

- a) Membantu mencegah atau membatasi penyebaran infeksi.

- b) Mengetahui tentang anemia, diabetes mellitus dan persalinan yang lama sebelum kelahiran Seksio Sesareameningkatkan resiko infeksi dan memperlambat penyembuhan.
- c) Mengetahui berat badan pasien yang 20% dibawah normal atau anemia serta malnutrisi, lebih rentan terhadap infeksi pasca partum dan dapat memerlukan diet khusus.
- d) Mencegah dehidrasi; memaksimalkan volume, sirkulasi dan aliran urin, protein dan vitamin c diperlukan untuk pembentukan kolagen, besi diperlukan untuk sintesi hemoglobin.
- e) Menutupi balutan steril pada luka 24 jam pertama kelahiran Seksio Sesareamembantu melindungi luka dari cedera atau kontaminasi.
- f) Mengetahui tanda-tanda ini adanya infeksi luka biasanya disebabkan oleh *streptococcus*.
- g) Mengetahui seberapa jauh luka insisi biasanya sudah cukup membaik untuk dilakukan pengangkatan jahitan pada hari ke 4 / 5.
- h) Meningkatkan kebersihan dan dapat merangsang sirkulasi atau penyembuhan luka.
- i) Meningkatkan suhu 38,3°C dalam 24 jam pertama sangat mengidentifikasi infeksi.
- j) Mengetahui perkembangan nyeri tekan ekstrem menandakan kemungkinan jaringan plasenta tertahan atau infeksi.

## 7. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan.

### 1. Pelaksanaan tindakan

- a) Mengkaji respon pasien terhadap aktivitas.
- b) Mencatat tipe anastesi yang diberikan pada saat intra partus pada waktu klien sadar.
- c) Menganjurkan klien untuk istirahat.
- d) Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.
- e) Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

### 2. Rasional

- a) Mengetahui perubahan yang terjadi pada aktivitas.
- b) Mempengaruhi obat anastesi yang dapat mengetahui terhadap aktivitas klien.
- c) Mempercepat pemulihan tenaga untuk beraktivitas klien dapat rileks.
- d) Memberikan rasa tenang dan aman pada klien karena kebutuhan klien terpenuhi.
- e) Meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan

keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan.