

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian

Sectio caesarea adalah cara melahirkan janin dengan dilakukan pembuatan sayatan pada bagian dinding uterus melalui dinding depan perut. Sectio caesarea adalah suatu tindakan histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim. Sectio caesarea adalah persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui proses insisi dinding perut dan dinding rahim, tindakan sectio caesarea memiliki syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiyaningrum, 2018)

2.1.2 Indikasi Sectio Caesarea

Operasi sectio caesarea dilakukan jika persalinan normal akan menimbulkan risiko bagi ibu atau janin, dengan beberapa pertimbangan untuk dilakukan tindakan operasi sectio caesarea akibat proses persalinan normal lama atau kegagalan pada proses persalinan normal (Setiyaningrum, 2018).

Indikasi sectio caesarae pada ibu dan janin sebagai berikut:

1. Pada ibu
 - a) Disporposi kepala panggul (CFD/FPD)
 - b) Rupture uteri mengancam
 - c) Partus lama (prolonged labor)

- d) Partus tak maju (obstructed labor)
 - e) Distosia serviks
 - f) Preeklamsia dan hipertensi
 - g) Tumor-tumor di jalan lahir menimbulkan obstruksi
 - h) Disfungsi uterus
 - i) Distosia jaringan lunak
2. Pada janin
- a) Janin besar
 - b) Gawat janin
 - c) Janin dalam posisi melintang atau sungsang
 - d) Fetal di stres
 - e) Kelainan letak
 - f) Hydrocephalus

2.1.3 Kontra Indikasi Sectio Caesarea

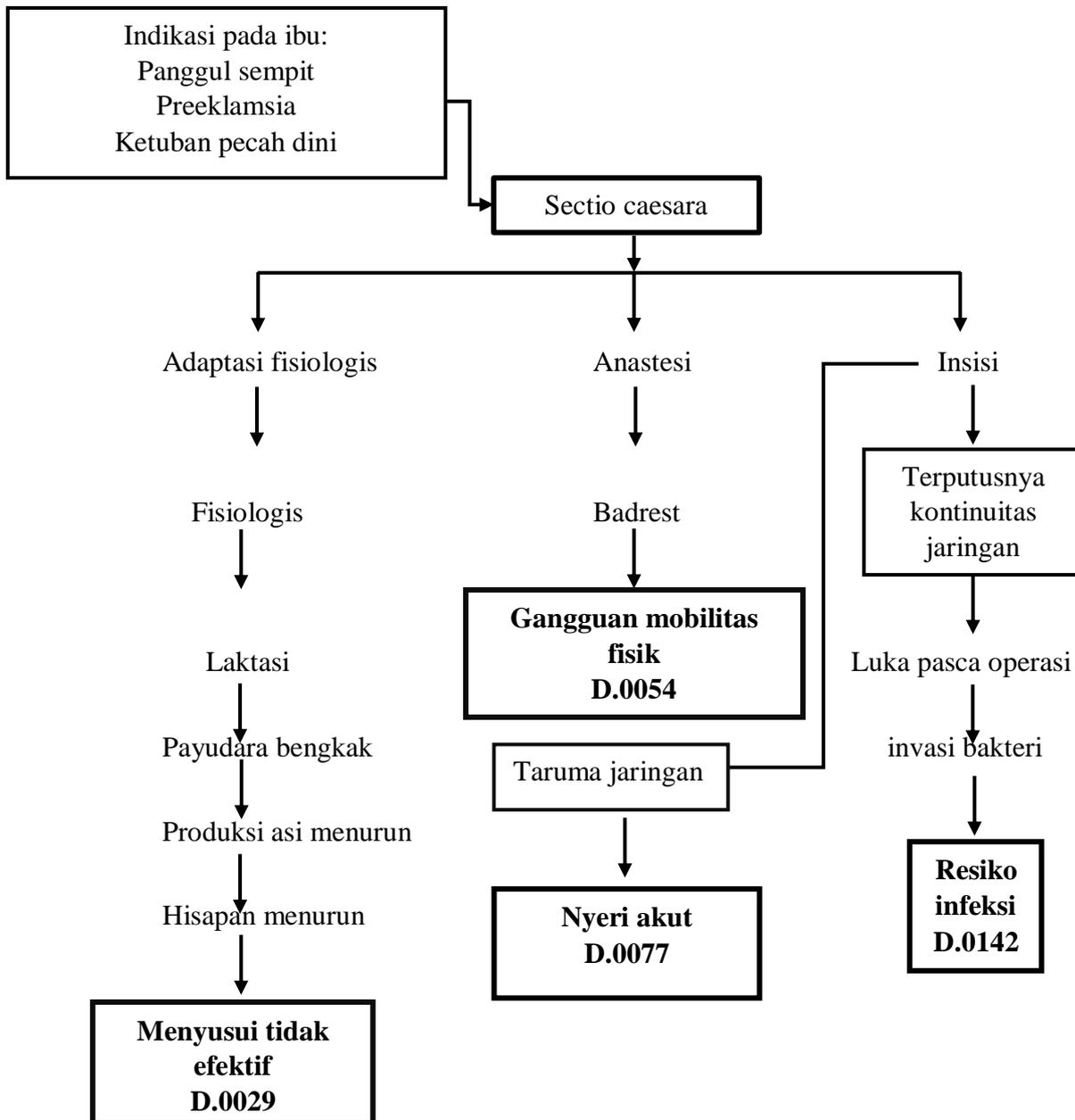
Tindakan sectio caesarea pada umumnya tidak dilakukan pada:

1. Janin sudah mati atau berada pada perkembangan janin yang tidak baik.
2. Infeksi pada jalan lahir dan fasilitas untuk tindakan sectio caesarea ekstraperitoneal.
3. Tidak adanya dokter dan tenaga asisten yang berpengalaman.

(Hijratun, 2019)

2.1.4 Pathway

Bagan 2. 1 Pathway sectio caesarea



(Syaiful & Fatmawati, 2020) Modifikasi, (SDKI, 2018)

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pada tindakan sectio caesarea sebagai berikut :

1. Infeksi puerpuralis

- a) Infeksi ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- b) Infeksi sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- c) Infeksi berat, dengan peritonitis,sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering dijumpai pada kelahir terlantar, sebelumnya sudah terjadi infeksi intrapartal karena adanya pecah ketuban yang sudah terlalu lama. Bisa ditangani dengan pemberian cairan, elektrolit, dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

2. Perdarahan

Memiliki penyebab sebagai berikut :

- a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- b) Atonia uteri (kondisi uterus yang tidak adekuat)
- c) Perdarahan pada plasenta bed
- d) Luka kandung kemih, emboliu paru dan keluhan kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
- e) Kemungkinan reptur uteri spontan pada kehamilan yang akan datang (Setiyaningrum, 2018).

2.1.6 Jenis-Jenis Operasi Sectio Caesarea

Jenis-jeni Sectio caesarea pada abdominalis (abdomen)

1. Sectio caesarea transperitoneals

Tindakan sectio caesarea ini dilakukan dengan membuat sayatan memanjang di daerah korpus uteri yang kira-kira 10 cm. Tindakan ini memiliki kelebihan:

- a) Mengeluarkan janin dengan cepat
- b) Tidak menimbulkan komplikasi dari retaksi kandung kemih
- c) Insisi dapat diperpanjang ke proksimal atau distal
- d) Infeksi menyebar dengan mudah ke dalam abdomen karena tidak ada repitonealis atau robekan yang baik
- e) Ruptur uteri spontan lenih sering terjadi pada kelahiran berikutnya.

2. Sectio caesarea ismika atau profundal

Tindakan sectio caesarea ini dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (low servical transversial) kira-kira 10 cm. Tindakan ini memiliki kelebihan dan kekurangan sebagai berikut:

Kelebihan:

- a) Penjahitan luka lebih mudah
- b) Penutupan luka dengan repitonealisasi yang baik
- c) Penutupan peritoneal flap dengan sempurna mencegah penyebaran isi rahim ke dalam rongga peritoneum atau perut
- d) Perdarahan tidak begitu banyak

e) Kemungkinan rupture uteri spontan berkurang atau lebih kecil.

Kekurangan:

a) Luka dapat menyebar ke kiri, kanan, atas dan bawah sehingga dapat menyebabkan uterine pecah dan dapat mengakibatkan perdarahan hebat

b) Keluhan kandung kemih tinggi pasca operasi.

(Setyaningrum, 2018)

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan bagi setiap orang, nyeri merupakan salah satu alasan utama bagi setiap orang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan perasaan tidak menyenangkan yang hanya dapat digambarkan secara akurat oleh orang yang mengalaminya, karena perasaan sakit dan tidak nyaman setiap orang berbeda-beda (Andarmoyo, 2013).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri ada dua macam yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Ciri nyeri akut dan nyeri kronis sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang bisa terjadi akibat adanya cedera akut, penyakit, atau adanya intervensi bedah. Nyeri akut timbul secara mendadak serta cepat menghilang dan adanya penegangan otot. Nyeri akut terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Nyeri akut akan menurun mengikuti masa penyembuhan. Pada orang yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri yang terjadi selama lebih dari enam bulan. Nyeri kronis adalah nyeri yang menetap dalam satu periode waktu, nyeri yang berlangsung diluar periode penyembuhan yang sudah ditetapkan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis yang masuk dalam kategori adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomatik.

(Andarmoyo, 2013)

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang bisa mempengaruhi persepsi setiap orang terhadap rasa nyeri, faktor-faktor tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Usia

Tahap perkembangan pada setiap individu merupakan salah satu hal yang penting karena bisa mempengaruhi respon, reaksi, dan ekspresi terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada anak dan orang dewasa memiliki pengaruh terhadap reaksi nyeri. Pada anak-anak masih kesulitan untuk bisa memahami rasa nyeri, bagi anak-anak yang masih belum mempunyai banyak kosakata memiliki kesulitan mendeskripsikan secara lisan ataupun mengekspresikan nyeri kepada orang tua ataupun perawat. Pada orang dewasa melaporkan nyeri pada saat sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi dan dapat menghambat penanganan nyeri.

2. Jenis kelamin

Hubungan jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan tidak mempunyai perbedaan yang signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih adanya keraguan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Contohnya anak laki-laki harus memiliki keberanian dan tidak boleh nangis dan seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama. Dalam aspek sosial dan kultural ada perbedaan bagi laki-laki dan perempuan dengan membentuk berbagai karakter sifat gender, jenis kelamin, dengan respon nyeri berbeda pada laki-laki dan perempuan. Oleh

karena itu laki-laki bisa menerima efek komplikasi dari nyeri sedangkan perempuan justru bisa mengeluhkan nyeri disertai menangis.

3. Kebudayaan

Adanya keyakinan dan nilai-nilai budaya dapat memberi pengaruh bagi setiap orang untuk mengatasi nyeri. Bagi setiap orang memahami dan mempelajari apa yang diyakini oleh kebudayaan masing-masing. Budaya menjadi salah satu pengaruh bagi setiap orang untuk merespon rasa nyeri, dan memperlihatkan rasa nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Bagi setiap perawat yang mampu mengenal perbedaan budaya setiap orangnya dapat memiliki pemahaman bagaimana cara mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap rasa nyeri sehingga bisa lebih efektif menghilangkan rasa nyeri.

4. Perhatian

Perhatian setiap orang dapat mempengaruhi respon atau persepsi nyeri. Perhatian yang mengalami peningkatan dapat dikaitkan dengan adanya peningkatan nyeri lain halnya dengan upaya pengalihan seperti distraksi dapat dikaitkan dengan respon terhadap rasa nyeri menurun.

5. Ansietas

Adanya kaitan yang sangat erat antara nyeri dan ansietas. Rasa nyeri pada setiap orang sering menimbulkan ansietas dan ansietas juga dapat meningkatkan rasa nyeri. Stimulus nyeri dapat mengaktifkan sistem limbic yang dipercayai bisa mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbic dapat menghilangkan rasa nyeri ataupun memperburuk rasa nyeri bagi setiap orang dan semua itu adalah bentuk protes dari reaksi emosi terhadap nyeri.

6. Keletihan

Keletihan yang dialami dapat meningkatkan persepsi terhadap rasa nyeri. Keletihan dapat menimbulkan sensasi semakin sering dirasakan dan dapat menurunkan koping. Jika adanya rasa keletihan diikuti dengan kesulitan tidur nyeri akan dirasakan lebih berat. Biasanya nyeri akan berkurang jika setiap orang setelah mengalami periode tidur yang lelap.

7. Pengalaman sebelumnya

Apabila setiap orang sering kali mengalami serangkaian periode rasa nyeri dan tidak sembuh atau mengalami nyeri yang berat maka akan muncul perasaan ansietas ataupun perasaan takut. Kemudian bagi setiap orang yang sering mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berulang-ulang tetapi nyeri yang dirasakan bisa dihilangkan, dapat lebih mudah bagi setiap orang untuk mendefinisikan sensasi nyeri dan dapat mengakibatkan setiap orang lebih siap melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan rasa nyeri.

8. Gaya koping

Rasa nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian ataupun keseluruhan. Pentingnya untuk memahami sumber-sumber koping bagi setiap orang yang mengalami rasa nyeri. Dengan berkomunikasi bersama keluarga pendukung adalah salah satu yang dapat dilakukan untuk gaya koping.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri. Bagi setiap orang yang mengalami nyeri biasanya bergantung kepada setiap anggota keluarganya ataupun teman dekat untuk mendapatkan dukungan. Dengan adanya keluarga dan teman dekat membuat setiap orang yang mengalami nyeri tidak merasa kesepian, ketakutan, dan merasakan adanya perhatian dari orang terdekatnya, walaupun masih ada rasa nyeri yang tetap dirasakan.

(Andarmoyo, 2013)

2.2.4 Penilaian Intensitas Nyeri

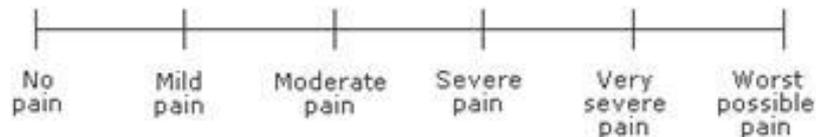
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan bagi seseorang, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif serta rasa nyeri yang dapat dirasakan oleh setiap orangnya berbeda (Andarmoyo, 2013). Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut:

1. Skala Deskriptif

Skala deskriptif adalah alat ukur tingkat keparahan nyeri yang dirasakan secara objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata yang disusun untuk pendeskripsi yang memiliki jarak yang sama di setiap panjang garisnya. Pendeskripsi ini memiliki urutan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahan”. Perawat akan menunjukkan kepada klien skala

deskriptif dan perawat akan meminta klien memilih intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien.

Gambar 2. 1 Skala Nyeri Deskriptif

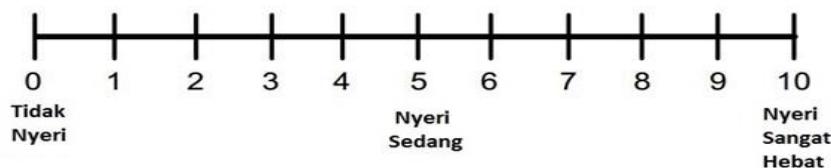


(Andarmoyo, 2013)

2. Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) lebih digunakan untuk pengani atau pendeskripsi kata. Dalam pengukuran skala numerik menggunakan skala 0-10 untuk menilai rasa nyerinya. Skala numerik adalah skala yang paling efektif untuk melakukan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah melakukan intervensi.

Gambar 2. 2 Skala Nyeri Numerik



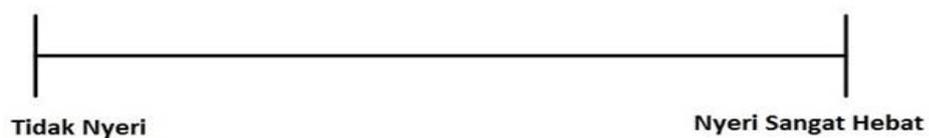
(Andarmoyo, 2013)

3. Skala Analog Visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale, VAS*) terdapat garis panjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan deskripsi verbal pada kedua ujung garisnya. Pasien diminta untuk memilih satu titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri pada sepanjang garis tersebut.

Pada ujung kiri garis biasanya berarti “tidak ada” atau “tidak ada rasa sakit”, sedangkan pada ujung kanan biasanya berarti “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Alat bernama oucher dikembangkan untuk mengukur skala nyeri pada anak dan terdiri dari dua skala terpisah : sebuah skala dengan nilai 0-100 di sebelah kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fatografik enam gambar pada sisi anak-anak yang lebih kecil.

Gambar 2. 3 Skala Nyeri Analog Visual



(Andarmoyo, 2013)

Gambar 2. 4 Skala Wajah



(Andarmoyo, 2013)

Gambar 2. 5 Skala Oucher



(Andarmoyo, 2013)

2.2.5 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi 2 macam yaitu penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis :

1. Penatalaksanaan Secara Farmakologis

Analgesik merupakan obat yang paling umum yang sering digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri. Analgesik memiliki efek yang sangat efektif untuk menghilangkan rasa nyeri, tetapi tidak dianjurkan meminum obat analgesik secara terus menerus karena informasi yang tidak lengkap, kemudian adanya kekhawatiran klien karena takut akan mengalami kecanduan obat, cemas. Ada tiga jenis analgesik:

a) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Obat ini umumnya menghilangkan rasa nyeri ringan dan sedang, nyeri artritis reumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah adalah nyeri yang berkaitan dengan analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid. Khusus analgesik ketorolak (toradol) adalah analgesik pertama yang bisa diberikan secara injeksi dengan kemanjuran dan dapat dibandingkan dengan morfin.

b) Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik ini umumnya diresepkan dan dapat digunakan untuk nyeri sedang dan berat, seperti nyeri maligna dan pascaoperasi. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghilangkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

c) Obat tambahan (Adjuvan)

Obat adjuvan sama seperti sadatif, anticemas, dan relaksasi otot dapat meningkatkan kontrol nyeri ataupun menghilangkan gejala yang berhubungan dengan nyeri seperti mual dan muntah. Adjuvan bisa diberikas secara tunggal ataupun bersamaan dengan analgesik. Obat sadatif biasanya diberikan pada seseorang yang menderita tau merasakan nyeri kronik. Efek samping obat ini bisa menimbulkan rasa kantuk, keputusasaan, dan kewaspadaan mental.

2. Penatalaksanaan Secara Nonfarmakologis

Tindakan nonfarmakologis adalah tindakan yang diberikan secara independen seorang perawat untuk mengatasi rasa nyeri yang dirasakan klien. Manajemen nyeri nonfarmakologis adalah tindakan untuk menurunkan rasa nyeri dengan tidak menggunakan agen farmakologi. Berikut ada beberapa pembahasan tentang teknik-teknik pereda nyeri :

a) Bimbingan Antisipasi

Tindakan ini dilakukan pemberian pemahaman untuk klien terhadap rasa nyeri yang sedang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat berisi : kejadian, durasi nyeri yang dirasakan, kualitas, lokasi nyeri, penyebab nyeri, cara mengatasi nyeri. Proses ini dilakukan karena nyeri bisa mengakibatkan kecemasan, kecemasan yang dirasakan bisa karena kurangnya pemahaman terhadap nyeri yang dirasakan.

b) Kompres Panas dan Dingin

Pelaksanaan ini bisa dilakukan disatu tempat yang terasa nyeri. Dengan adanya pemberian kompres panas pembuluh-pembuluh darah akan mengalami pelebaran sehingga bisa memperbaiki peredaran darah pada penderita. Sedangkan kompres dingin bisa menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain dengan menghambat inflamasi. Supaya pemberian kompres dingin menjadi efektif letakkan segera pada bagian tubuh yang terasa nyeri. Akan tetapi kompres panas lebih memiliki keuntungan

untuk memperlancar aliran darah dan kemungkinan dapat menurunkan rasa nyeri dan bisa mempercepat penyembuhan.

c) Distraksi

Distraksi adalah tindakan memfokuskan perhatian pasien atau mengalihkan perhatian klien ke hal diluar nyeri. Dengan melakukan tindakan distraksi ini klien fokus klien dapat teralihkan dan bisa menurunkan persepsi klien terhadap nyeri, teknik distraksi bisa melalui distraksi secara visual/penglihatan, secara audio/pendengaran, dan secara intelektual.

d) Relaksasi

Tindakan relaksasi merupakan tindakan yang dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik ini dilakukan dengan napas abdomen secara lambat, berirama. Klien dapat memejamkan mata kemudian bernafas dengan perlahan dan nyaman, rasakan setiap inhalasi dan ekshalasi yang sedang dilakukan. Relaksasi ini dapat membantu klien untuk meredakan nyeri yang sedang dirasakan.

e) Imajinasi Terbimbing

Tindakan imajinasi terbimbing harus memiliki konsentrasi yang cukup, jika sedang melakukan tindakan ini pastikan lingkungan sekitar pasien mendukung agar tidak mengganggu konsentrasi klien.

f) Aromaterapi

Dengan menghirup aroma minyak essential dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien. Karena adanya pengalihan rasa nyeri menggunakan aromaterapi.

(Andarmoyo, 2013)

2.3 Aromaterapi

2.3.1 Pengertian

Aromaterapi adalah gabungan dari kata *aroma*, yang memiliki arti bau wangi, harum, sesuatu yang lembut sedangkan terapi adalah tindakan penanganan dokter, perawat, dan setiap orang yang mempelajari ilmu kesehatan. Aromaterapi merupakan terapi yang menggunakan minyak asri, dengan metode dihirup atau penyerapan melalui kulit. Minyak yang diperoleh melalui tumbuhan yang memiliki wangi yang harum yaitu *essential oil* pada aromaterapi memiliki wangi yang harum (Elfira, 2020).

2.3.2 Manfaat

Aromaterapi memiliki banyak manfaat seperti dapat menurunkan rasa sakit, dapat meningkatkan kualitas tidur, mengurangi stres, agitasi, meredakan nyeri sendi, kecemasan, sakit kepala, dan dapat meringankan efek dari kemoterapi. Adapun manfaat lain yang bisa dirasakan dari aromaterapi yaitu: meredakan ketidaknyamanan saat persalinan, melawan bakteri, virus, dan dapat memperbaiki pencernaan (Elfira, 2020).

2.3.3 Jenis dan Bentuk Aromaterapi

Adapun jenis dan bentuk aromaterapi sebagai berikut :

1. Jenis Aromaterapi

Aromaterapi memiliki beberapa jenis, yaitu minyak essential, dupa, lilin, garam, minyak pijat, dan sabun. Tanaman yang digunakan untuk aromaterapi sangat banyak yaitu rosemary, sandalwood, jasmine, orange, basil, ginger, lemon, tea tree, lavender, dan masih banyak lagi.

2. Bentuk Aromaterapi

- a) Essential oil aromaterapi adalah tanaman yang dapat dibuat untuk essential oil yang dapat dicampur dengan air, kemudian dibakar. Essential oil dapat digunakan dengan cara mencampurkan 3 sampai 4 tetes essential oil ke dalam air sekitar 20 ml, air diletakkan didalam wadah yang sudah siap untuk dipanaskan.
- b) Gel aromaterapi adalah ketersediaan semi solid yang bisa dipakai untuk berbagai pemakaian, baik untuk ruangan atau topical. Gel yang dibuat untuk produk aromaterapi dengan ditambahkan minyak asri sekitar 1% sampai 2%.
- c) Roll on adalah sediaan aromaterapi yang banyak digunakan dengan mudah, dan menarik. Aromaterapi roll on ini dapat menghilangkan rasa pegal, pusing, sakit kepala, serta kondisi tidak enak lainnya.
- d) Lilin yang digunakan sebagai aromaterapi yang memiliki kandungan ekstrak tanaman yang dibuat menjadi bentuk lilin dan kemudian dibakar agar aroma tanaman yang ada di dalam lilin bisa menyebar disekitar.

- e) Dupa aromaterapi adalah bentuk yang dicetak, dupa memiliki dua jenis seperti bentuk stik dan kerucut. Dupa dibuat menggunakan akar dan dicampur dengan essential oil.
- f) Sediaan garam sebagai aromaterapi dapat digunakan sebagai bahan untuk berendam saat mandi. Garam dimasukkan pada air rendaman yang dapat memberikan efek relaksasi dan membuat senang. Aromaterapi ini bisa untuk merendam bagian tubuh tertentu saja seperti kaki untuk menghilangkan rasa lelah.
- g) Sabun mandi adalah salah satu yang digemari sebagai aromaterapi. Biasanya aromaterapi berbentuk sabun ini bisa dibuat dengan cara dicetak, dan fungsi dari sabun mandi bisa untuk menghaluskan kulit serta sebagai pembersih tubuh.

(Widoyono et al., 2022)

2.3.4 Teknik Pemberian

Ada beberapa cara untuk melakukan pemberian aromaterapi sebagai berikut :

1. Menghirup uap aromaterapi

Menghirup aromaterapi yang memiliki banyak varian aroma minyak kayu putih, ekstrak cabe yang disukai. Aromaterapi ini diyakini dapat meringankan gejala pilek dan hidung tersumbat. Dengan cara: campurkan 1-2 tetes aromaterapi ke dalam air hangat, kemudian tundukan kepala pasien yang akan diberikan aromaterapi ke atas tempat yang sudah diisi aromaterapi dan tutup kepala menggunakan haduk hangat selama 5 sampai 10 menit.

2. Menggunakan diffuser

Diffuser adalah alat yang dapat mengubah minyak aromaterapi menjadi uap dan dapat menyebarkan aromanya ke seluruh ruangan. Alat diffuser memiliki bentuk yang berbeda seperti, wadah keramik (tungku) dengan lilin, ataupun yang memakai listrik. Pada saat menggunakan alat ini jangan digunakan dalam jangka waktu yang lama.

3. Mandi

Aromaterapi juga bisa digunakan untuk berendam menggunakan air hangat yang ditambahkan beberapa tetes aromaterapi yang memiliki tujuan merileksasikan saraf-saraf tubuh yang tegang akibat stres. Aromaterapi yang biasa digunakan untuk mandi atau berendam ini biasanya menggunakan essential oil lavender, bergamot, sereh, mawar, daun thym, lemon, rosemary, jeruk, dan aromaterapi lainnya.

4. Pijat

Aromaterapi juga bisa dipakai pada saat ingin pijat dengan menambahkan essential oil pada bagian tubuh yang akan dipijat. Aromaterapi ini memiliki campuran yang dapat mengurangi kram saat menstruasi dan juga meredakan gejala menopause.

5. Produk perawatan tubuh

Aromaterapi juga dapat dipakai dalam membentuk produk perawatan kecantikan seperti losion atau scrub yang memiliki kandungan minyak essential.

(Elfira, 2020)

2.4 Essential Oil Lavender

2.4.1 Essential Oil Lavender

Essensial oil lavender merupakan salah satu dari bahan dasar yang paling penting, essential oil lavender memiliki kepentingan dalam aplikasi farmasi karena memiliki sifat yang terapeutiknya seperti antikonvulsan, sedatif atau penenang, antidepresi, antiseptik, antihipertensi, antioksidan, dan anti inflamasi. Minyak lavender didapatkan dari proses penyulingan bunga lavender dan lavender sendiri memiliki beberapa macam spesies seperti *lavandula burnamii*, *lavandula dhofarenesis*, *lavandula latifoliate*, dan *lavandula stoechas* dan lavender bisa digunakan untuk terapi aroma (Almira et al., 2022).

Gambar 2. 6 Essential Oil Lavender



(Patimah & Sundari, 2020)

2.4.2 Kandungan Essential Oil Lavender

Essensial oil lavender memiliki kandungan anti cemas, dapat membuat lebih rileks, jarang menyebabkan alergi dan salah satu dari sedikit essential oil yang dapat digunakan langsung pada kulit. Essential oil lavender dapat

memperbaiki mood, dan membuat seseorang yang menghirup aromanya menjadi lebih rileks (Safaah et al., 2019).

2.4.3 Manfaat Essential Oil Lavender

Pemberian essential oil lavender memiliki manfaat untuk rileksasi, menenangkan, dan mengurangi kecemasan. Adapun manfaat lain dari essential oil lavender untuk membantu keseimbangan kesehatan tubuh yang dapat menghilangkan sakit kepala, stress, ketegangan, dan mengurangi rasa nyeri (Safaah et al., 2019).

2.5 Prosedur Pelaksanaan

Persiapan yang perlu dilakukan untuk tindakan aromaterapi lavender yaitu: aromaterapi lavender, gelas ukur, dan alat diffuser. Dengan metode pelaksanaan sebagai berikut (Mughtaridi & Moelyono, 2015):

1. Berikan petunjuk kepada pasien dan keluarga atau pendamping tentang cara penghirupan aromaterapi lavender
2. Masukkan air ke dalam tabung diffuser menggunakan gelas ukur sebanyak 120 ml
3. Masukkan aromaterapi lavender sebanyak 1-3 tetes ke dalam tabung diffuser yang telah berisi air
4. Tutup tabung diffuser dan hubungkan kelistriik
5. Tekan tombol “on” untuk menghidupkan diffuser
6. Hirup aromaterapi lavender yang keluar melalui diffuser secara teratur dan tarik nafas panjang dengan menghirup aromaterapi maksimal 15 menit

7. Fasilitasi pemberian selama 15 menit untuk pasien
8. Setelah selesai melakukan pemberian aromaterapi lihat respon pasien setelah diberikan aromaterapi
9. Mengakhiri kegiatan
10. Ajarkan pasien untuk tetap rileks dan tenang.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

1. Pengkajian

Pengkajian dalam keperawatan merupakan proses pengumpulan informasi dari pasien, membuat data pasien, dan membuat catatan respon pasien. Menggunakan pengkajian yang komperhensif dan sistematis secara logis akan mengarah dan mendukung pada indentifikasi dari masalah-masalah pasien, yang meliputi sebagai berikut:

a) Identitas Klien

Identitas sendiri meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, nomor register, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.

b) Keluhan Utama

Pada kasus sectio caesarea biasanya pasein mengeluh nyeri pada area luka.

c) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi :

- a. Riwayat kesehatan sekarang meliputi penyebab dilakukannya operasi sectio caesarea.

Pengkajian PQRST:

P : Provokatif/Paliatif, yaitu mengkaji yang membuat terjadi timbulnya keluhan, hal-hal apa yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan tersebut yang dikembangkan dari keluhan utama.

Q : Quality/Quantity, mengkaji berat keluhan terasa, jenis rasanya nyeri.

R : Region/radiasi, lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, terjadinya penyebaran ke area lain.

S : Severity Scale, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat.

T : Timing, kapan keluhan mulaiditemukan atau dirasakan, berapa sering dirasakan atau terjadi, secara bertahap. Keluhan berulang-ulang, bila berulang dalam selang waktu berawal lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi.

- b. Riwayat kesehatan dulu mengkaji riwayat kesehatan yang pernah diderita pasien.
- c. Riwayat kesehatan keluarga, keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan misalnya diabetes, hipertensi, tuberkolosis.

d) Riwayat Perkawinan

Pengkajian tentang riwayat perkawinan hal yang penting untuk mengetahui sejak usia berapa menikah, berapa kali menikah, lama pernikahan, dan status pernikahan saat ini.

e) Riwayat Obstetri

Pengkajian ini meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus.

f) Riwayat Kontrasepsi

Mengkaji riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya, misalnya pil, KB, IUD, KB suntik, dan lain-lain, lamanya penggunaan kontrasepsi, dan masalah atau keluhan saat menggunakan kontrasepsi.

g) Pola Kesehatan Fungsional

Pola kesehatan fungsional ini meliputi:

a. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien yang sedang berada di fase nifas akan terjadinya peningkatan nafsu makan sebab memiliki keinginan untuk memberikan asi kepada bayinya.

b. Pola aktivitas

c. Pola eliminasi

Pada pasien yang sedang ada di fase nifas biasanya timbul persaan sering atau susah buang air kecil yang akan menimbulkan infeksi dari uretra dan dapat terjadi konstipasi karena memiliki rasa takut untuk buang air besar.

d. Istirahat dan tidur

Perubahan istirahat dan tidur pada pasien yang sedang mengalami fase nifas karena adanya rasa nyeri.

e. Pola sensori

Biasanya merasakan nyeri akibat post sectio caesarea.

f. Pola situasi mental

Sering melamun atau terlihat cemas pasca persalinan

g. Pola reproduksi dan sosial

h) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum pasien

Pemeriksaan ini meliputi : tingkat kesadaran, keadaan umum, dan pemantauan tanda-tanda vital.

b. Sistem pernafasan

Pemeriksaan pada hidung meliputi: tulang hidung, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, ada secret atau sumbatan jalan nafas, dan perdarahan atau tidak.

Pemeriksaan pada meliputi : bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas, melakukan perkusi pada paru mulai dari atas kalvikula ke bawah pada setiap spasiem intercostalis.

c. Sistem kardiovaskuler

Pemeriksaan yang meliputi : pemeriksaan edema atau pemebngkakan yang terjadi akibat perpindahan cairan dari intravaskuler ke ruang intertisial, pemeriksaan bendungan vena adalah observasi

terhadap pembendungan vena seperti adanya varises pada tungkai, vulva dan rektum. Kemudian pemeriksaan CRT (*Capiler Reffil Time*) < 3 detik.

d. Sistem pencernaan

Pemeriksaan mukosa bibir kering, pucat atau tidak, bising usus normal atau tidak, ada konstipasi atau sembelit.

e. Sistem neurologi

- 1) Nervus I (*olfactory*) mengkaji penciuman pasien, dengan menutup mata dan meminta pasien mencium benda yang baunya mudah dikenal seperti minyak kayu putih.
- 2) Nervus II (optikus) mengkaji penglihatan dan lapang pandang pasien, penglihatan normal umumnya berjarak 6 meter.
- 3) Nervus III (okulomotoris) mengkaji saraf motorik dengan mengangkat kelopak mata keatas dan kaji kontraksi pupil.
- 4) Nervus IV (troklear) mengkaji saraf motorik dengan menggerakkan mata kebagian bawah.
- 5) Nervus V (trigeminus) mengkaji gerakan mengunyah pasien, sensasi wajah, refleks kornea, dan reflek kedip.
- 6) Nervus VI (abduksen) mengkaji saraf motorik dengan menggerakkan mata untuk melihat kearah samping.
- 7) Nervus VII (fasialis) mengkaji ekspresi wajah dengan gerakan senyum, bersiul, mengangkat alis mata, dan menutup kelopak mata dengan tahanan.

- 8) Nervus VIII (vestibulocochlearis) mengkaji fungsi pendengaran dan keseimbangan dengan menggunakan tes webber dan rinne.
- 9) Nervus IX (glosofatingeus) mengkaji sensasi rasa antara manis, asam, asin, dan pahit.
- 10) Nervus X (vagus) mengkaji refleks muntah dan menelan .
- 11) Nervus XI (asesoris) mengkaji gerakan bahu dengan melakukan tekanan melawan.
- 12) Nervus XII (hipoglosus) mengkaji gerakan lidah dengan menjulurkan lidah dan menggerakkan kesemua sisi.
- 13) Pemeriksaan reflek pattela

f. Sistem perkemihan

Mengkaji jumlah urine yang dikeluarkan selama 1 hari, warna urine, bau, dan frekuensi buang air kecil.

g. Sistem integumen

Mengkaji perubahan yang terjadi pada area kulit berupa warna, lesi, memar, kemerahan, hiperpigmentasi pada area vulva, aerola, dan puting.

h. Sistem endoktrin

Mengkaji pembesaran pada kelenjar tiroid memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

i. Sistem musculoskaletal

Mengkaji bagian ekstermitas atas : lengan dan pergelangan tangan ada atau tidak keterbatasan pergerakan, nyeri, dan kaku sendi .

Mengkaji bagian ekstermitas bawah meliputi : pergelangan kaki dan tungkai ada atau tidak keterbatasan pergerakan, nyeri, dan kaku sendi.

j. Sistem reproduksi

Pemeriksaan sistem reproduksi terdiri dari:

Payudara: pemeriksaan kesimetrisan bentuk, puting susu menonjol keluar atau ke dalam, pengeluaran asi, dan kebersihan payudara.

Uterus: pemeriksaan adanya kontraksi uterus atau tidak, pengukuran TFU.

Genitalia dan rectum: pemeriksaan adanya hematoma, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan lochea meliputi warna, jumlah, bau, dan konsistensi.

(Hijratun, 2019)

2. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS: Mengeluh nyeri DO: 1. Tampak menringis 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Pola nafas berubah	Tindakan SC ↓ Luka insisi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Adanya rangsangan nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
DS: 1. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan	Tindakan SC ↓ Luka insisi	Gangguan mobilitas fisik

<p>3. Merasa cemas saat bergerak</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rentang gerak menurun 2. Fisik lemah 3. Sendi kaku 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terjadinya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pelepasan zat bradikinin, histamin, dan prostaglandin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Menyampaikan ke hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelemahan fisik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan mobilitas</p>	
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa cemas 2. Merasa kelelahan <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI tidak menetes atau memancar 2. Nyeri pada payudara 3. Bayi menghisap tidak terus menerus 	<p style="text-align: center;">Post SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hormon prolaktin belum efektif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelenjar aveoli mammae belum mengeluarkan asi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Menyusui tidak efektif</p>	Menyusui tidak efektif
<p>DS:</p> <p>DO:</p>	<p style="text-align: center;">Tindakan SC</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Jalan masuk kuman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko infeksi</p>	Resiko infeksi

5. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik mengenai klien, keluarga, dan masyarakat adanya akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan adalah proses rencana tindakan keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan, tujuan, dokumentasi dari diagnosa keperawatan untuk menuliskan hasil masalah atau problem pasien dan perubahan dari kesehatan.

Jenis-jenis diagnosa keperawatan diuraikan sebagai berikut:

a) Diagnosa Aktual

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dapat menimbulkan pasien mengalami gangguan kesehatan. Tanda dan gejala minor atau mayor dapat ditemukan dan dikonfirmasi oleh pasien.

b) Diagnosa Risiko

Diagnosa ini menggambarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dapat mengancam masalah kesehatan pasien. Pasien tidak memiliki tanda dan gejala minor maupun mayor, namun pasien risiko untuk mengalami gangguan kesehatan.

c) Diagnosa Promosi Kesehatan

Diagnosa ini menggambarkan keinginan dan motivasi pasien untuk mengembangkan status kesehatannya pada tingkat yang lebih baik atau optimal (SDKI, 2018).

Diagnosa yang terdapat pada post sectio caesarea meliputi :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- c) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- d) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142).

6. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Kecemasan menurun 4. Nafsu makan membaik 5. Pola tidur membaik (SLKI, 2018)	Aromaterapi (I.08233) Observasi 1. Mengidentifikasi aromaterapi yang disukai oleh pasien 2. Identifikasi tingkat nyeri, stres, kecemasan, dan perasaan sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi 3. Monitor ketidaknyamanan sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi 4. Monitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi 5. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi.	1.Aromaterapi yang disukai 2.Adanya rasa nyeri, stres, dan kecemas yang dialami pasien 3.Aromaterapi menimbulkan rasa nyaman 4.Aromaterapi yang diberikan tidak menimbulkan masalah 5.Memberikan aromaterapi secara teratur

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilih essential oil sesuai dengan indikasi 2. Berikan essential oil dengan metode yang tepat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara menyimpan essential oil dengan cara yang benar <p>Kolaborasi</p> <p>Konsultasikan jenis dan dosis essential oil yang tepat dan aman.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi untuk meredakan rasa nyeri 2. Aromaterapi diberikan menggunakan diffuser <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyimpanan aromaterapi di tempat yang terlindung dari sinar matahari <ol style="list-style-type: none"> 1. Essential oil yang digunakan 3 tetes dan dicampurkan ke dalam air 120 ml
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri D.0054	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum pada saat mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan nyeri dan sulit bergerak 2. Menghindari pasien dari resiko jatuh 3. Menghindari pasien dari kemungkinan terjadi cedera

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk ditempat tidur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien untuk melakukan pergerakan menggunakan alat bantu 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan 1. Memahami cara melakukan pergerakan 2. Membantu pasien melakukan pergerakan sederhana 3. Melakukan pergerakan sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur
Menyusui tidak efektif D.0029	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi 	<p>Konseling Laktasi (I.03094)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dengan adanya bantuan keluarga bagaimana teknik menyusui dengan cara yang benar

	<p>dengan benar meningkat</p> <p>3) Berat badan bayi meningkat</p> <p>4) Hisapan bayi meningkat</p> <p>5) Lecet pada puting menurun</p>	<p>2) Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Gunakan teknik mendengarkan secara aktif (misalnya duduk sama tinggi, dengarkan permasalahan ibu)</p> <p>2) Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan teknik menyusui yang tepat sesuai dengan kebutuhan</p>	<p>2. Membantu permasalahan yang dialami ibu selama menyusui</p> <p>1. Mendengarkan secara aktif</p> <p>2. Memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar</p> <p>1. Pasien mampu melakukan teknik menyusui yang tepat sesuai dengan kebutuhan</p>
<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif D.0142</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Nyeri menurun</p> <p>2) Bengkak menurun</p> <p>3) Demam menurun</p> <p>(SLKI, 2018)</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan perawatan kulit pada daerah edema</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>(SIKI, 2018)</p>	<p>1. Tanda dan gejala infeksi yang terjadi diperhatikan</p> <p>1. Perawatan kulit sesuai dengan luka yang dialami</p> <p>1. Pencegahan tanda dan gejala infeksi</p>

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk menolong pasien yang mengalami masalah atau gangguan kesehatan (Wahyuningsih & Keperawatan, 2019).

Implementasi memiliki tiga jenis dalam pelaksanaannya (Rahmi, 2019)

a) Independent Implementations

Implementasi ini merupakan pelaksanaan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan pasien. Salah satunya seperti, membantu pasien dalam memenuhi aktivitas sehari-hari, memberikan perawatan diri, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengatur posisi tidur, memberikan motivasi kepada pasien, dan memenuhi kebutuhan psiko-sosial-kultural pasien.

b) Independen/Collaborative Implementations

Implementasi ini adalah tindakan keperawatan yang didasari kolaborasi sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Salah satu tindakan yang diperlukan kerja sama adalah pemberian obat oral obat injeksi, infus, dan pemasangan kateter urin.

c) Dependent Implementations

Implementasi ini merupakan tindakan keperawatan yang didasari rujukan oleh profesi lain seperti ahli gizi, fisioterapis, psikologi, dan lain-lain. Salah satu tindakan dalam implementasi ini adalah pemberian nutrisi sesuai dengan

kebutuhan pasien yang sudah dibuat oleh ahli gizi, dan latihan fisik yang sudah sesuai anjuran dari bagian fisioterapis.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap dimana menentukan peningkatan pasien dengan adanya pencapaian hasil yang diinginkan atau diharapkan dengan respon pasien terhadap intervensi yang dilakukan. Evaluasi adalah tahap akhir untuk proses keperawatan (Wahyuningsih & Keperawatan, 2019).

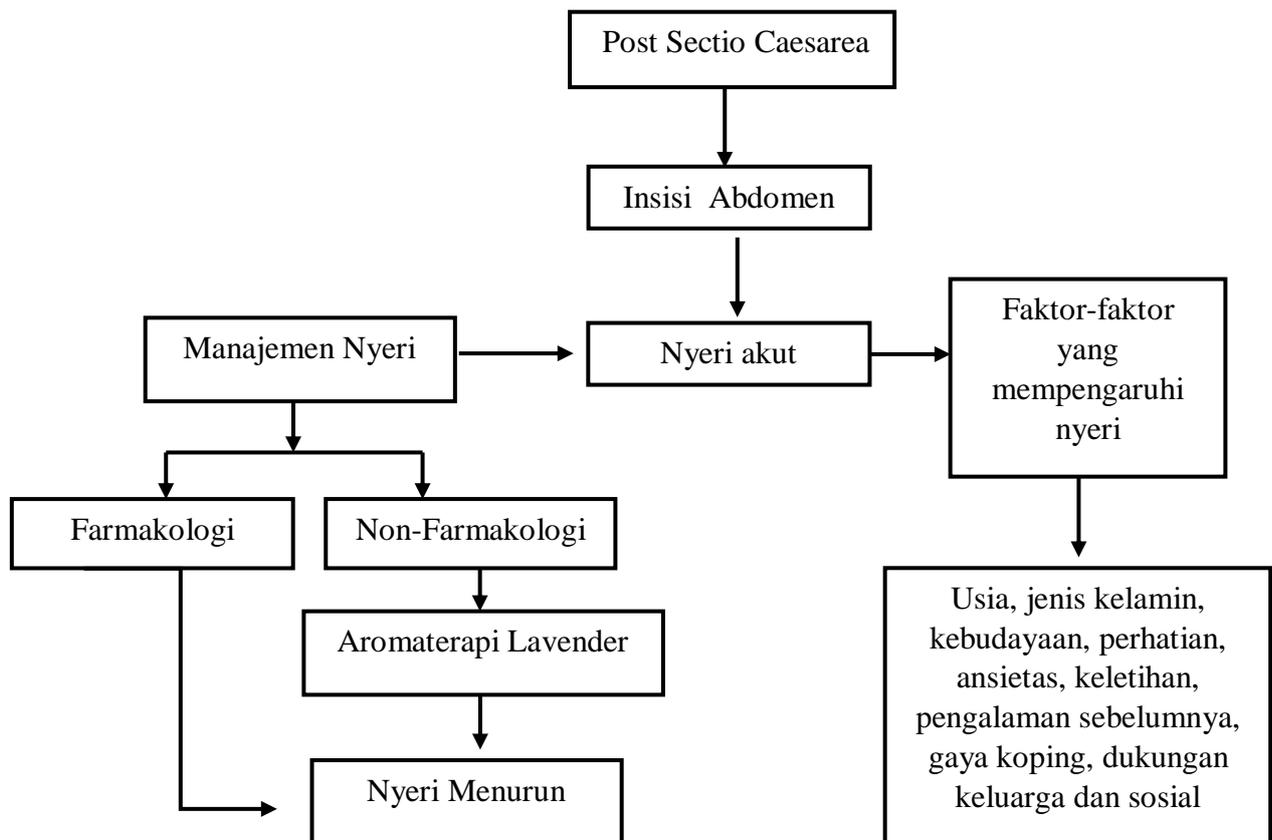
Evaluasi memiliki dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah penilaian yang dilaksanakan ketika dilakukannya pemberian intervensi yang mendapatkan respon segera. Sementara evaluasi sumatif adalah kesimpulan dari hasil observasi dan analisis keadaan pasien pada waktu tertentu sesuai dengan tujuan yang sudah dijadwalkan pada tahap perencanaan (Sofyan, 2019).

Langkah-langkah untuk melakukan evaluasi adalah sebagai berikut: Menetapkan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi, Kumpulkan informasi baru tentang pasien, Menafsirkan data baru, bandingkan informasi baru dengan standar yang berlaku, ringkas hasil dan buat kesimpulan, mengambil tindakan yang diperlukan berdasarkan kesimpulan (Rahmi, 2019).

2.7 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep

2.7.1 Kerangka Teori

Bagan 2. 2 Kerangka Teori



Modifikasi (SDKI, 2018);(Andarmoyo, 2013)

2.7.2 Kerangka Konsep

Bagan 2. 3 Kerangka Konsep

