

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Postpartum Sektio Sesarea

1. Definisi

Seksio sesarea merupakan tindakan operasi dengan pembuatan sayatan untuk membuka dinding rahim dan perut atau suatu histerotomi yang digunakan untuk mengeluarkan janin dari rahim ibu (Ayuningtyas *et al.*, 2018). Seksio sesarea adalah metode persalinan bedah yang membantu melahirkan janin dengan membuat sayatan di rahim dan dinding perut. Tindakan ini hanya dilakukan pada kasus darurat medis, seperti plasenta previa, presentasi atau lokasi janin tidak normal, atau indikasi lain yang membahayakan nyawa ibu atau janin (Siagian, Anggraeni and Pangestu, 2023). Proses melahirkan dengan menggunakan teknik bedah seperti laparotomi dan histerotomi untuk mengeluarkan bayi dikenal dengan istilah persalinan operasi caesar. Karena masalah kesehatan ibu menghalanginya untuk melahirkan secara alami melalui vagina, maka dilakukan operasi caesar (Amita, Fernalia and Yulendasari, 2018).

2. Indikasi

Ada beberapa alasan mengapa melahirkan secara normal bukanlah pilihan terbaik bagi ibu maupun janin. Karena persalinan pervaginam mungkin berisiko dalam beberapa situasi klinis, beberapa kriteria ini dianggap tidak fleksibel (Cunningham *et al.*, 2018).

- a. Indikasi pada ibu
 - 1) Persalinan seksio sesarea sebelumnya
 - 2) Permintaan ibu

- 3) Deformitas panggul atau disproporsi sefalopelvis
- 4) Trauma perineum sebelumnya
- 5) Sebelumnya operasi rekonstruksi panggul atau anal / rektal
- 6) Herpes simpleks atau infeksi HIV
- 7) Penyakit jantung atau paru
- 8) Aneurisma serebral atau malformasi arteriovenosa
- 9) Patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan
- 10) Sesar perimortem

b. Indikasi pada uterine atau anatomis

- 1) Plasentasi abnormal (seperti plasenta previa, plasenta akreta)
- 2) Solusio plasenta
- 3) Riwayat histerotomi klasik
- 4) Miomektomi ketebalan penuh sebelumnya
- 5) Riwayat dehiscence insisi uterus
- 6) Kanker serviks invasif
- 7) Trakelektomi sebelumnya
- 8) Massa obstruktif saluran genital
- 9) Cerclage permanen

c. Indikasi pada janin

- 1) Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan Doppler tali pusat abnormal) atau detak jantung janin yang abnormal
- 2) Prolaps tali pusat
- 3) Gagal melahirkan pervaginam operatif
- 4) Malpresentation

- 5) Makrosomia
- 6) Anomali kongenital
- 7) Trombositopenia
- 8) Trauma kelahiran neonatal sebelumnya

3. Kontraindikasi

Tidak ada kontraindikasi tegas untuk kelahiran seksio sesarea dalam praktik sehari-hari, menurut Cunningham *et al.*, (2018), namun prosedur ini jarang dilakukan dalam situasi seperti ini :

- a. Kematian janin

Dalam hal ini, dokter kandungan akan memastikan bahwa janin tidak lagi bergerak atau berdetak, dan USG akan memverifikasi status janin di dalam rahim.

- b. Janin terlalu kecil untuk mampu bertahan hidup diluar kandungan
- c. Terjadi infeksi pada dinding abdomen selama kehamilan
- d. Anak dalam keadaan cacat seperti hidrocefalus dan anencephalus.
- e. Anemia derajat berat yang belum tertangani
- f. Tidak ada atau kurangnya sarana dan fasilitas atau kemampuan yang ada untuk melakukan persalinan seksio sesarea.

4. Komplikasi

Hartati and Maryunani, (2015) menyatakan bahwa komplikasi pada ibu yang dilakukan seksio sesarea yaitu :

- a. Terjadinya aspirasi
- b. Emboli pulmonal
- c. Perdarahan
- d. Infeksi urinaria

- e. Injuri pada bladder
- f. *Thrombophlebitis*
- g. Infeksi pada luka operasi
- h. Komplikasi yang berhubungan dengan efek anastesi serta terjadinya injury
- i. Berkurangnya *vaskuler* bagian atas uterus sehingga beresiko mengalami *rupture membrane*.

5. Dampak

Dampak yang ditimbulkan akibat persalinan seksio sesarea adalah ibu post partum seksio sesarea akan kesulitan bergerak dan merasakan ketidaknyamanan mulai dari bekas operasi hingga hari kedua setelah melahirkan sehingga menghalangi ibu untuk *bounding attachment* (Sembiring *et al.*, 2021). Beberapa menit hingga jam pertama setelah bayi dilahirkan, ibu dan anak melakukan sentuhan atau kontak kulit pertama, yang disebut dengan *bounding attachment*. Ada beberapa strategi untuk membentuk hubungan dan keterikatan, seperti pemberian ASI eksklusif dan inisiasi menyusui dini (IMD) (Susilawati, Nilakesuma and Risnawati, 2020).

Tingkat rasa sakit, ketidaktahuan, kelelahan, dan kekhawatiran adalah empat hal yang mungkin menghalangi ikatan keterikatan. Setelah operasi, tingkat nyeri luka akan menjadi aktif setelah 12 jam. Hal ini akan mempersulit ibu untuk menggerakkan dan menggendong anaknya karena akan membatasi rentang gerakannya. Kurangnya pengalaman sang ibu dalam merawat anaknya menyebabkan ketidaktahuannya. Ibu menekankan istirahat karena ia merasa lelah setelah persalinan yang berlangsung sekitar 24 jam dan sambil menunggu prosedur yang tidak terduga. Selain mengalami kecemasan akibat operasi yang tidak terduga dan

ketidaknyamanan pada janin, ibu yang baru pertama kali melahirkan sering kali merasa khawatir karena kurangnya pengalaman merawat bayi baru lahir (Perry *et al.*, 2014). Ibu mengalami pikiran terganggu dan ibu merasa tertekan akibat rasa khawatirnya (stres). Adrenalin akan terpacu jika ibu sedang stres, dan hal ini akan mempersempit pembuluh darah di alveoli. Akibatnya, refleksi *let-down* terhambat sehingga ASI tidak mengalir dan menyebabkan bendungan ASI (Arifin, 2017). Setelah pemantauan pasca persalinan maka ibu akan mendapatkan perawatan rawat inap dan kemudian *rooming-in* dengan bayi dan bisa melakukan proses menyusui untuk meningkatkan refleksi *let-down* sehingga ASI bisa mengalir dan kebutuhan nutrisi bayi bisa terpenuhi.

B. Konsep Menyusui Efektif

1. Definisi

Menyusui efektif adalah pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2. Penyebab

a. Fisiologis

- 1) Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat
- 2) Payudara membesar, alveoli mulai terisi ASI
- 3) Tidak ada kelainan pada struktur payudara
- 4) Putting menonjol
- 5) Bayi aterm
- 6) Tidak ada kelainan bentuk pada mulut bayi

b. Situasional

- 1) Rawat gabung
- 2) Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan adekuat
- 3) Faktor budaya

3. Gejala dan tanda mayor

a. Subjektif

- 1) Ibu merasa percaya diri selama proses menyusui

b. Objektif

- 1) Bayi melekat pada payudara ibu dengan benar
- 2) Ibu mampu memposisikan bayi dengan benar
- 3) Miksi bayi lebih dari 8 kali dalam 24 jam
- 4) Berat badan bayi meningkat
- 5) ASI menetas atau memancar
- 6) Suplai ASI adekuat
- 7) Putting tidak lecet setelah minggu kedua

4. Gejala dan tanda minor

a. Subjektif (tidak tersedia)

b. Objektif

- 1) Bayi tidur setelah menyusui
- 2) Payudara ibu kosong setelah menyusui
- 3) Bayi tidak rewel dan menangis setelah menyusui

5. Kondisi klinis terkait

- a. Status kesehatan ibu baik
- b. Status kesehatan bayi baik

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas pasien dan penanggung jawab

Yang perlu diketahui meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomor *medical record*, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian dan sumber informasi.

b. Alasan dirawat

1) Alasan MRS

Sebagian pasien sudah merencana dan dijadwalkan untuk melakukan tindakan SC tetapi terkadang pasien datang dengan keluhan nyeri perut seperti akan melahirkan dengan kesadaran CM.

2) Keluhan saat dikaji

Pasien mungkin mengalami 4 ketidaknyamanan pada skala nyeri, merasa seperti disayat, dan mengalami nyeri saat bergerak di lokasi tempat operasi sebelumnya dilakukan. Pasien sadar, CM lemah, dan ada meringis dan menahan sakit yang berhubungan dengan nyeri.

c. Riwayat masuk rumah sakit

1) Keluhan utama (saat MRS dan sekarang)

Keluhan utama saat MRS : nyeri perut

Keluhan utama sekarang : nyeri luka post seksio sesarea

2) Riwayat persalinan sekarang

Menguraikan keadaan dan keluhan pasien datang ke rumah sakit hingga selesai persalinan. Menguraikan keadaan bayi saat lahir, apgar skor, berat badan, panjang badan, lingk kepala, lingk dada, lingk perut bayi dan lain-lainnya.

d. Riwayat menstruasi

Yang perlu diketahui umur saat menarche, siklus haid, banyaknya haid, lamanya haid, apakah ada keluhan saat haid, dan kapan saat hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat pernikahan

Yang perlu diketahui usia pernikahan, pernikahan keberapa, dan usia pertama kali menikah.

f. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Yang perlu diketahui data kehamilan yang lalu meliputi anak keberapa dan tahun kehamilan, umur kehamilan, dan apakah ada penyulit selama kehamilan. Data persalinan yang lalu meliputi jenis persalinan, penolong selama persalinan dan apakah ada penyulit selama persalinan. Data komplikasi nifas yang lalu meliputi, apakah ada laserasi, infeksi dan perdarahan selama masa nifas. Data anak meliputi jenis kelamin, berat badan, panjang bayi, dan keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat keluarga berencana

Tanyakan kepada ibu, apakah pernah menggunakan alat kontrasepsi, jenis yang pernah digunakan, lama penggunaan alat kontrasepsi, apakah ada keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, dan apakah ada rencana KB setelah persalinan ini.

h. Pola fungsional kesehatan

- 1) Pola manajemen kesehatan – persepsi kesehatan : mengidentifikasi mengenai arti kesehatan, bagaimana mengelola kesehatan dan pengetahuan ibu tentang kontrol kehamilan, pemeriksaan kesehatan lainnya, dan pencegahan pada masalah kesehatan selama hamil hingga sekarang.

- 2) Pola metabolik-nutrisi : menentukan asupan nutrisi dan keseimbangan cairan tubuh dengan mempertimbangkan faktor-faktor antara lain rasa lapar, kebiasaan makan, pola makan, kesulitan menelan, mual, dan muntah.
- 3) Pola eliminasi : menjelaskan tentang pola fungsi ekskresi serta kandung kemih yang meliputi apakah sudah kentut setelah post seksio sesarea, apakah sudah melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di *urine bag*. ada tidaknya masalah defekasi dan miksi, frekuensi defekasi dan iksi, karakteristik urine dan feses.
- 4) Pola aktivitas-latihan : pada pasien post seksio sesarea terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan. Kaji kemampuan pasien dalam menata dirinya sendiri sesuai kemampuan. Jelaskan pentingnya latihan dan gerak dalam proses penyembuhan.
- 5) Pola istirahat-tidur : menggambarkan pola tidur serta istirahat pasien. Pada pasien post seksio sesarea terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan. Kaji jam tidur siang dan malam pasien, ada tidaknya masalah selama tidur, dan penggunaan obat tidur.
- 6) Pola persepsi-kognitif : menjelaskan tentang persepsi sendiri dan kognitif. Pola ini meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Dan pola kognitif memuat kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa peristiwa yang telah lama atau baru terjadi.
- 7) Pola konsep diri-persepsi diri : mencirikan pandangan seseorang tentang bakat dan konsep diri mereka, termasuk sikap mereka terhadap diri mereka sendiri dan peran mereka, identitas, dan gagasan diri.

- 8) Pola hubungan-peran : mencirikan pandangan seseorang tentang bakat dan konsep diri mereka, termasuk sikap mereka terhadap diri mereka sendiri dan peran mereka, identitas, dan gagasan diri.
 - 9) Pola reproduktif-seksualitas : menjelaskan bagaimana perasaan seseorang tentang kepuasan atau masalah seksual yang dirasakan.
 - 10) Pola toleransi terhadap stres-koping : menggambarkan tentang cara menangani stress, sumber dukungan dalam menoleransi stress, yang meliputi dengan cara berinteraksi dengan orang terdekat seperti menangis, diam, marah dan lain sebagainya.
 - 11) Pola keyakinan-nilai : kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan, menjelaskan pola ide dan keyakinan yang dihargai. Menjelaskan sikap dan keyakinan yang dijalankan klien ketika mengamalkan keyakinan atau keyakinannya.
- i. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum ibu, nilai GCS, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, dan tinggi badan. Suhu : normal 36,5°C - 37,5°C; nadi : meningkat (> 90 x/mnt); Pernapasan : meningkat (>20x/mnt); Tekanan darah : normal 120/80 mmHg.
 - 2) Pemeriksaan kepala wajah : apakah pucat dan cloasma, konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak, apakah ada pembesaran limphe node dan kelenjar tiroid, dan keadaan telinga.
 - 3) Pemeriksaan dada payudara : keadaan areola dan putting menonjol atau tidak, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi, ada pengeluaran ASI atau tidak, ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.

- 4) Pemeriksaan abdomen : apakah ada linea dan satriae, terdapat luka SC, bising usus normal atau tidak, pemeriksaan tinggi fundus uteri, apakah ada kontraksi dan diastasi rectus abdominis.
- 5) Pemeriksaan genetalia : kebersihan vagina, apakah ada lokhea dan bagaimana karakteristiknya.
- 6) Pemeriksaan perineum dan anus : pemeriksaan REEDA, ada hemoroid atau tidak.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah : apakah ada oedema dan varises, pemeriksaan tanda homan dan pemeriksaan reflek.

j. Data penunjang

Sel darah putih (WBC), hematokrit (HCT), dan hemoglobin (Hb) semuanya diperiksa sebagai bagian dari pemeriksaan darah lengkap.

2. Diagnosis Keperawatan

Penilaian klinis terhadap tanggapan aktual dan antisipasi klien terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengetahui dengan tepat reaksi setiap klien, keluarga, dan komunitas terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan.

Ada tiga langkah yang terlibat dalam pengembangan diagnosis keperawatan, yaitu sebagai berikut :

- a. Analisis data : membandingkan data dengan nilai normal dan mengelompokkan data berdasarkan pola kebutuhan dasar.
- b. Identifikasi masalah : masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan
- c. Perumusan diagnosis keperawatan

- 1) Diagnosis aktual: masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala.
- 2) Diagnosis risiko: masalah dibuktikan dengan faktor risiko.
- 3) Diagnosis promosi kesehatan: masalah dibuktikan dengan tanda / gejala (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini, penulis mengangkat topik diagnosis keperawatan mengenai menyusui yang efektif. Menyusui yang efektif berkaitan dengan keberadaan hormon oksitosin dan prolaktin yang memadai, pembesaran payudara, alveoli yang mulai terisi ASI, tidak adanya kelainan pada struktur payudara, puting yang menonjol, bayi yang lahir aterm, tidak adanya kelainan bentuk pada mulut bayi, rawat gabung, serta dukungan keluarga dan tenaga kesehatan yang memadai. Faktor budaya juga mempengaruhi, ditandai dengan tanda dan gejala utama seperti data subjektif bahwa ibu merasa percaya diri selama proses menyusui. Data objektif menunjukkan bayi melekat pada payudara ibu dengan benar, ibu mampu memposisikan bayi dengan tepat, bayi mengalami miksi lebih dari 8 kali dalam 24 jam, berat badan meningkat, ASI menetes atau memancar, suplai ASI yang memadai, dan puting tidak lecet setelah minggu kedua. Tanda dan gejala minor subjektif tidak tersedia, sedangkan data objektif meliputi bayi tidur setelah menyusui, payudara ibu kosong setelah menyusui, bayi tidak rewel, dan menangis setelah menyusui (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan mencakup seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis mereka, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam standar intervensi keperawatan, terdapat

tiga komponen utama: label, definisi, dan tindakan, yang mencakup aspek observasi, terapeutik, edukasi, serta kolaborasi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Hasil keperawatan merujuk pada dimensi-dimensi yang dapat secara empiris diidentifikasi dan dinilai, mencakup kondisi fisik, respons perilaku, serta persepsi subjektif yang berasal dari individu pasien, kerabat terdekat, dan entitas masyarakat, sebagai respon terhadap upaya-upaya intervensi yang diselenggarakan dalam ranah keperawatan. Laporan hasil keperawatan memberikan indikasi tentang keadaan yang bersangkutan setelah melalui rangkaian tindakan perawatan. Kategori-kategori utama dalam hasil keperawatan mencakup identifikasi masalah, harapan-harapan yang relevan, dan parameter-parameter yang ditetapkan untuk mengevaluasi pencapaian hasil yang diinginkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan sesuai dengan
Diagnosis Keperawatan Menyusui Efektif

Diagnosis Keperawatan (SDKI)		Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)		
1		2	3		
Menyusui efektif (D0028)		Setelah diberikan asuhan keperawatan selama x jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :	Intervensi utama Promosi ASI Eksklusif (I.03135)		
1. Definisi Menyusui efektif adalah pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi.		Status menyusui (L.03029) a. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (skor 5)	1. Observasi	a. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu pada antenatal, intranatal, dan postnatal	
			2. Terapeutik		

1	2	3
2. Penyebab	2) Kemampuan ibu	a. Fasilitasi ibu melakukan
a. Fisiologis	memposisikan bayi	IMD (Inisiasi Menyusui
1) Hormon oksitosin dan prolaktin adekuat	dengan benar	Dini)
2) Payudara membesar, alveoli mulai terisi ASI	meningkat (skor 5)	b. Fasilitasi ibu untuk rawat gabung atau <i>rooming in</i>
3) Tidak ada kelainan pada struktur payudara	3) Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam	c. Gunakan sendok dan cangkir jika bayi belum bisa menyusui
4) Putting menonjol	meningkat (skor 5)	d. Dukung ibu menyusui dengan mendampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung
5) Bayi aterm	4) Berat badan bayi meningkat (skor 5)	e. Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif
6) Tidak ada kelainan bentuk pada mulut bayi	5) Tetesan/ pancaran ASI meningkat (skor 5)	f. Siapkan kelas menyusui pada masa prenatal minimal 2 kali dan periode pascapartum minimal 4 kali
b. Situasional	6) Suplai ASI adekuat meningkat (skor 5)	3. Edukasi
1) Rawat gabung	7) Putting tidak lecet setelah 2 minggu	a. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
2) Dukungan keluarga dan tenaga kesehatan adekuat	melahirkan	b. Jelaskan pentingnya menyusui di malam hari untuk mempertahankan dan meningkatkan produksi ASI
3) Faktor budaya	meningkat (skor 5)	c. Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI (mis. berat badan meningkat, BAK lebih dari 10 kali/hari, warna urine tidak pekat)
9) Bayi tidur setelah menyusui meningkat (skor 5)	8) Kepercayaan diri ibu meningkat (skor 5)	
3. Gejala dan tanda mayor	9) Bayi tidur setelah menyusui meningkat (skor 5)	
a. Subjektif	10) Payudara ibu kosong setelah menyusui	
1) Ibu merasa percaya diri selama proses menyusui	meningkat (skor 5)	
b. Objektif	11) Intake bayi meningkat (skor 5)	
1) Bayi melekat pada payudara ibu dengan benar	12) Hisapan bayi meningkat (skor 5)	
	13) Lecet pada putting menurun (skor 5)	
	14) Kelelahan maternal menurun (skor 5)	

1	2	3
2) Ibu mampu memposisikan bayi dengan benar	15) Kecemasan maternal menurun (skor 5)	d. Jelaskan manfaat rawat gabung (<i>rooming in</i>)
3) Miksi bayi lebih dari 8 kali dalam 24 jam	16) Bayi rewel menurun (skor 5)	e. Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah melahirkan
4) Berat badan bayi meningkat	17) Bayi menangis setelah menyusui	f. Anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI
5) ASI menetas atau memancar		
6) Suplai ASI adekuat		g. Anjurkan ibu menyusui sesering mungkin setelah lahir sesuai kebutuhan bayi
7) Putting tidak lecet setelah minggu kedua		h. Anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan memerah, walaupun kondisi ibu atau bayi terpisah
4. Gejala dan tanda minor		
a. Subjektif (tidak tersedia)		
b. Objektif		
1) Bayi tidur setelah menyusui		
2) Payudara ibu kosong setelah menyusui		
3) Bayi tidak rewel dan menangis setelah menyusui		
5. Kondisi klinis terkait		
a. Status kesehatan ibu baik		
b. Status kesehatan bayi baik		
		Intervensi pendukung
		Pijat Laktasi (I.03134)
		1. Observasi
		a. Monitor kondisi <i>mammae</i> dan putting
		b. Identifikasi keinginan ibu untuk menyusui
		c. Identifikasi pengetahuan ibu tentang menyusui
		2. Terapeutik
		a. Posisikan ibu dengan nyaman
		b. Pijat mulai kepala, leher, bahu, punggung dan payudara
		c. Pijat dengan lembut

1	2	3
		d. Pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>)
		e. Pijat secara rutin setiap hari
		f. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan pujian terhadap perilaku positif ibu
		g. Libatkan suami dan keluarga
	3. Edukasi	
	a.	Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan
	b.	Jelaskan manfaat tindakan

(Sumber : SDKI, SIKI, SLKI)

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan meliputi aktivitas khusus yang dilakukan oleh perawat untuk menerapkan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Perawat bertanggung jawab atas pelaksanaan atau penyerahan tindakan keperawatan yang telah disetujui selama proses perencanaan, dan menyelesaikan tahap implementasi dengan mencatat setiap tindakan keperawatan serta respons klien terhadapnya. Tindakan keperawatan yang tercantum dalam rencana asuhan keperawatan diimplementasikan oleh perawat sesuai kebutuhan klien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penerapan yang dapat dilakukan dalam konteks ini adalah

mengevaluasi efektivitas dari pendekatan asuhan keperawatan terhadap ibu pasca persalinan melalui seksio sesarea yang sedang menyusui.

5. Evaluasi keperawatan

Dalam ranah keperawatan, evaluasi merujuk pada proses penilaian yang dilakukan terhadap intervensi keperawatan yang telah direncanakan dengan tujuan untuk memastikan penyediaan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhan klien serta untuk mengukur hasil dari proses tersebut. Langkah penting dalam proses evaluasi adalah menilai keberhasilan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini selalu mengacu pada tujuan awal yang telah ditetapkan, dan apabila hasil penilaian menunjukkan bahwa tujuan tersebut belum tercapai, maka perlu dilakukan analisis untuk mengidentifikasi penyebabnya (Sitanggang, 2018).

Jenis-jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan antara lain:

- a. Evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan.
- b. Evaluasi formatif (hasil) adalah kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan.

Hasil dari evaluasi asuhan keperawatan adalah :

- a. Tujuan tercapai/ masalah teratasi : jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian/ masalah teratasi sebagian: jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi : jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali, bahkan menimbulkan masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian dan tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, diantaranya:

- a. S (Subjective): informasi berupa ungkapan kata kata yang didapat dari pasien setelah implementasi keperawatan dilakukan.
- b. O (Objective): informasi berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah implementasi keperawatan dilakukan.
- c. A (Assessment): membandingkan data subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil keputusan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
- d. P (Planning): rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis (Adinda, 2019).

D. Konsep Teknik SPEOS

Tindakan melepaskan hormon oksitosin untuk mengosongkan ASI yang diproduksi melalui saluran payudara dikenal sebagai “memerah ASI”. Meski kolostrum yang memiliki kandungan nutrisi tertinggi pada beberapa hari pertama kehidupan bayi mungkin berdampak buruk pada kehidupan bayi, ibu yang menjalani seksio sesarea mungkin menghadapi masalah pada produksi ASI dini. Akibat luka di perut dan obat bius yang dialami sebelumnya, ibu yang pernah menjalani operasi caesar merasa kesulitan untuk segera mulai menyusui. Akibatnya, mereka hanya dapat menyusui bayinya secara efektif selama beberapa jam setelah prosedur dilakukan.

Untuk meningkatkan produksi ASI, ibu pasca melahirkan dapat menerima terapi keperawatan nonfarmakologis. Hal ini dikarenakan teknik non farmakologi

lebih mudah, lebih murah, non-invasif, dan dapat diterima dengan baik oleh ibu tanpa menimbulkan efek samping negatif. Salah satu metode yang masih jarang digunakan untuk merangsang produktivitas ASI yaitu dengan metode SPEOS. Pendekatan teknik SPEOS menggabungkan stimulasi pijat endorfin, pijat oksitosin, dan sugestif. Teknik ini merangsang pelepasan hormon oksitosin yang membantu ibu pasca melahirkan (menyusui) memproduksi lebih banyak ASI. Seorang ibu menyusui tidak menerima bantuan fisik, melainkan bantuan psikologis dalam beradaptasi, karena hormon oksitosin sensitif terhadap keadaan psikologis ibu, sehingga ibu dapat mempertahankan pemberian ASI eksklusif (Sari, Rahayu and Rohmayanti, 2017).

Pijat endorfin melibatkan pemberian sentuhan ringan dan lembut pada punggung, membentuk bentuk V dari bahu kiri dan kanan hingga ke tulang ekor. Untuk mengurangi bengkak, meringankan penyumbatan ASI, dan mendorong pelepasan hormon oksitosin, pijat oksitosin dilakukan dengan memijat tulang belakang hingga tulang rusuk kelima dan keenam. Ibu akan merasa lebih tenang setelah mendapatkan afirmasi atau sugesti. Ketenangan, kepuasan, dan relaksasi memiliki dampak menenangkan yang dapat meningkatkan kadar prolaktin dan oksitosin, sehingga membantu meningkatkan produksi ASI. Pijat tulang belakang mungkin cukup menenangkan. Saat seorang ibu rileks, pikiran bawah sadarnya menjadi aktif sehingga memudahkan ibu terpengaruh oleh pikiran-pikiran yang baik dan dapat membangkitkan semangat dalam proses menyusui (Arsi, Rejeki and Juniarto, 2021).

Pendekatan SPEOS memiliki dampak menenangkan yang meningkatkan produksi ASI, yang bekerja sama untuk meredakan nyeri, kecemasan, dan kelelahan

pascapersalinan. Proses pertama adalah stimulasi endorfin yang menghasilkan produksi hormon endorfin yang memberikan efek menenangkan dan anti nyeri alami pada tubuh. Cara kedua adalah stimulasi oksitosin, yang meningkatkan hormon oksitosin, yang selanjutnya memicu refleksi pengeluaran, meningkatkan jumlah produksi ASI dan merangsang produksi prolaktin, hormon lain yang meningkatkan kadar ASI. Selain menghilangkan stres, oksitosin akan mengurangi penyumbatan dan pembengkakan ASI. Cara ketiga adalah pemberian sugesti, yaitu memberikan pandangan yang baik pada ibu dan menanamkan rasa percaya diri serta ketenangan (Fitriani, Ismafiaty and Nadira, 2019).

Untuk membantu ibu berhasil mengelola laktasinya, teknik terapi alternatif untuk meningkatkan produksi ASI sering kali dibatasi pada satu pendekatan saja, sehingga penggunaan alternatif susu formula merupakan pilihan terakhir jika pendekatan yang dipilih terbukti tidak berhasil. Untuk membantu ibu yang melahirkan setelah seksio sesarea menghasilkan ASI yang cukup untuk anak-anaknya, penulis berharap perawat, yang berperan sebagai advokat kesehatan, dapat memahami pendekatan alternatif.