

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Seksio Sesarea

Definisi seksio sesarea

Seksio Sesarea merupakan metode persalinan yang dilakukan melalui tindakan bedah dengan membuka dinding perut dan rahim guna mengeluarkan janin beserta plasenta dan selaput ketuban. Prosedur ini dilakukan apabila proses persalinan normal tidak dapat berlangsung secara aman atau berpotensi menimbulkan risiko bagi ibu maupun janin, baik karena adanya komplikasi selama kehamilan, seperti preeklamsia, gangguan letak janin, ketuban pecah dini, dan persalinan lama, maupun karena riwayat persalinan Seksio Sesarea sebelumnya yang dapat meningkatkan risiko robekan rahim. Meskipun Seksio Sesarea berperan penting dalam menyelamatkan ibu dan bayi, tindakan ini memiliki kemungkinan terjadinya komplikasi pasca operasi yang lebih besar dibandingkan persalinan pervaginam, sehingga pelaksanaannya harus didasarkan pada indikasi dan pertimbangan medis yang tepat (Sudarsih, dkk, 2023).

1. Etiologi seksio sesarea

Etiologi Seksio Sesarea dipengaruhi oleh faktor ibu dan janin. Pada ibu, penyebab meliputi ketidakcocokan ukuran panggul dengan kepala janin, riwayat persalinan Seksio Sesarea sebelumnya, pecah ketuban prematur, hambatan mekanik pada jalan lahir, serta kelainan struktur panggul yang membahayakan keselamatan ibu dan janin. Pada janin, faktor penyebab antara lain kelainan letak seperti sungsang atau lintang, tanda gawat janin, gangguan plasenta, ukuran janin terlalu

besar, serta kegagalan induksi persalinan yang menyebabkan persalinan tidak maju meski telah diberikan tindakan medis (Nani, dkk, 2021).

2. Patofisiologi

Patofisiologi Seksio Sesarea berawal dari adanya kondisi medis tertentu pada ibu maupun janin yang menyebabkan persalinan pervaginam berisiko tinggi, sehingga diperlukan tindakan pembedahan untuk mengeluarkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus. Insisi ini menyebabkan terputusnya jaringan kulit, otot, pembuluh darah, dan dinding rahim yang memicu respon inflamasi tubuh berupa nyeri, perdarahan, serta peningkatan risiko infeksi. Selain itu, tindakan pembedahan juga dapat menimbulkan perubahan hemodinamik akibat kehilangan darah dan efek anestesi, sehingga tubuh ibu harus melakukan proses adaptasi untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis pasca operasi (Barus, 2024).

Setelah tindakan Seksio Sesarea, proses penyembuhan luka melibatkan fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi jaringan. Kerusakan jaringan akibat pembedahan merangsang pelepasan mediator inflamasi yang menyebabkan nyeri dan edema pada area luka operasi. Kontraksi uterus yang berkurang serta mobilisasi yang terbatas dapat meningkatkan risiko komplikasi seperti infeksi luka, trombosis, dan gangguan involusi uterus. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan ketat serta asuhan keperawatan yang optimal untuk mendukung proses pemulihan ibu dan mencegah terjadinya komplikasi pasca Seksio Sesarea (Dini, dkk, 2023).

3. Klasifikasi Seksio Sesarea

Klasifikasi Seksio Sesarea (Silaen, dkk, 2020) :

1) Seksio Sesarea abdomen – transperitonealis

Tindakan ini dilakukan melalui dinding abdomen dengan pendekatan transperitoneal, yaitu membuka rongga peritoneum untuk mencapai uterus sebagai jalan pengeluaran janin.

2) Seksio Sesarea abdominalis

Merupakan prosedur pembedahan untuk melahirkan bayi dengan membuka rahim melalui beberapa variasi jenis insisi, yang disesuaikan dengan arah sayatan, antara lain:

- a) Sayatan memanjang, yaitu insisi vertikal pada dinding rahim.
- b) Sayatan melintang, yaitu insisi horizontal pada rahim.
- c) Sayatan berbentuk huruf T, yaitu kombinasi antara insisi horizontal dan vertikal.

3) Seksio Sesarea klasik

Teknik ini dilakukan dengan membuat insisi vertikal sekitar 10 cm pada korpus uteri. Meskipun saat ini jarang digunakan karena memiliki risiko komplikasi lebih tinggi, metode ini masih dipertimbangkan pada kondisi tertentu, misalnya adanya adhesi atau perlengketan akibat operasi sebelumnya.

4) Seksio Sesarea isthmika

Prosedur ini dilakukan dengan insisi melintang berbentuk konkaf pada segmen bawah rahim dengan panjang kurang lebih 10 cm.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pasca Seksio Sesarea meliputi respons fisiologis dan psikologis terhadap pembedahan dan anestesi. Nyeri insisi meningkat saat bergerak atau batuk sehingga membatasi mobilisasi. Perdarahan pervaginam (lochea) dipantau dari jumlah, warna, dan konsistensi untuk mencegah komplikasi. Kehilangan darah dan stres operasi dapat menimbulkan kelemahan, pusing, dan kelelahan. Efek anestesi dapat menyebabkan mual, muntah, distensi abdomen, konstipasi, dan retensi urin sementara. Luka operasi mungkin menunjukkan kemerahan, edema, peningkatan suhu lokal, dan nyeri tekan, berisiko infeksi bila perawatan tidak adekuat. Perubahan tanda vital seperti denyut nadi, tekanan darah, dan suhu tubuh dapat muncul akibat nyeri atau infeksi. Secara psikologis, pasien mungkin mengalami kecemasan, ketakutan bergerak, dan stres sehingga memerlukan pemantauan dan dukungan tenaga Kesehatan (Wathina, dkk, 2023).

Manifestasi klinis pada pasien pasca operasi Seksio Sesarea antara lain sebagai berikut (Silaen, dkk, 2020):

- 1) Terjadi kehilangan darah selama tindakan pembedahan sekitar 600–800 ml.
- 2) Terpasang kateter urin dengan hasil urin yang tampak jernih dan berwarna pucat.
- 3) Abdomen terasa lunak tanpa adanya tanda-tanda distensi.
- 4) Bising usus belum terdengar setelah tindakan operasi.
- 5) Pasien mengalami ketidaknyamanan dalam menyesuaikan diri dengan situasi baru pascapersalinan.
- 6) Balutan pada area abdomen tampak hanya terdapat sedikit noda.

- 7) Aliran lochia dalam jumlah sedang, tampak bebas dari bekuan darah, namun cenderung banyak dan berlebihan.

5. Komplikasi Seksio Sesarea

Komplikasi Seksio Sesarea dapat menimbulkan risiko klinis bagi ibu dan bayi baik segera setelah operasi maupun jangka panjang. Pada ibu, risiko meliputi perdarahan, gangguan kontraksi uterus, infeksi luka atau intrauterin, nyeri yang membatasi mobilisasi, penyembuhan luka lambat, cedera organ sekitar rahim, efek samping anestesi, tromboemboli, retensi urin, gangguan saluran cerna, dan kelelahan. Dalam jangka panjang, dapat terjadi adhesi intraabdomen, nyeri panggul kronis, gangguan kesuburan, kehamilan ektopik, kelainan implantasi plasenta, dan ruptur uterus. Pada bayi, komplikasi meliputi gangguan adaptasi pernapasan, cedera ringan, depresi napas akibat anestesi, dan keterlambatan inisiasi menyusui yang memengaruhi ikatan ibu-bayi. Meskipun prosedur ini umum dan relatif aman jika sesuai indikasi, tetap diperlukan pemantauan, perawatan pasca operasi, dan edukasi menyeluruh untuk mencegah komplikasi lanjutan (Fitriani, dkk, 2022).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Seksio Sesarea merupakan rangkaian asuhan medis dan kebidanan yang dilakukan secara sistematis untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi pada tahap praoperasi, intraoperasi, dan pasca operasi. Tahap awal meliputi pengkajian komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan obstetri, serta pemeriksaan penunjang untuk menegaskan indikasi tindakan. Hasil pengkajian menjadi dasar perencanaan asuhan yang mencakup persiapan fisik, stabilisasi kondisi ibu, serta persiapan psikologis melalui pemberian informasi dan informed consent. Pada fase praoperatif dilakukan persiapan klinis berupa

pemasangan akses intravena, pemantauan tanda vital, pemeriksaan laboratorium, kateterisasi kandung kemih, persiapan area operasi dengan prinsip aseptis, serta pemberian antibiotik profilaksis dan koordinasi dengan tim anestesi (Uzlifatul & Oktaviyana, 2025).

Selama fase intraoperasi, tindakan dilakukan sesuai standar pembedahan dengan prinsip sterilitas yang ketat disertai pemantauan kontinu terhadap kondisi ibu dan jumlah perdarahan. Pengeluaran bayi dan plasenta dilakukan secara hati-hati untuk meminimalkan trauma jaringan, kemudian dilanjutkan dengan penilaian awal neonatus untuk menjaga stabilitas fungsi vital. Tahap pasca operasi berfokus pada observasi perdarahan, kontraksi uterus, tanda infeksi, fungsi eliminasi, kontrol nyeri, dan perawatan luka. Mobilisasi dini, dukungan pemberian ASI, serta edukasi perawatan diri diberikan untuk mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi, disertai evaluasi berkelanjutan guna memastikan kondisi ibu dan bayi tetap stabil (Audyla, 2024).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang sebelum tindakan sectio caesarea bertujuan memastikan kesiapan ibu untuk menjalani pembedahan sekaligus menilai kondisi janin. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan biasanya mencakup darah lengkap untuk mengevaluasi kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan trombosit sebagai penilaian terhadap anemia, infeksi, serta kemampuan pembekuan darah. Selain itu, pemeriksaan golongan darah dan rhesus diperlukan sebagai langkah antisipasi apabila transfusi darah dibutuhkan selama operasi. Analisis urin juga dilakukan untuk mendeteksi adanya infeksi saluran kemih maupun gangguan fungsi ginjal.

Pemeriksaan ultrasonografi (USG) dimanfaatkan untuk menilai kesejahteraan janin, posisi dan presentasi janin, volume cairan ketuban, serta letak plasenta sebelum tindakan dilakukan. Pemantauan tanda vital ibu seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan menjadi bagian penting dalam menilai kestabilan kondisi umum sebelum pembedahan. Pada kondisi tertentu, pemeriksaan tambahan dapat dilakukan sesuai kebutuhan klinis. Pemeriksaan penunjang yang tepat berperan besar dalam menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan keselamatan ibu serta bayi selama prosedur Seksio Sesarea (Pratami & Haniyah, 2025).

B. Konsep Dasar Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea

1. Definisi risiko infeksi

Risiko infeksi adalah keadaan seseorang memiliki potensi atau kerentanan untuk mengalami infeksi akibat masuknya mikroorganisme patogen, seperti bakteri, virus, jamur, maupun parasit yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan. Keadaan ini dapat terjadi ketika sistem pertahanan tubuh tidak mampu bekerja secara optimal dalam melindungi tubuh dari invasi mikroorganisme, misalnya karena adanya luka, tindakan invasif, atau penurunan daya tahan tubuh (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Infeksi sendiri merupakan kondisi yang terjadi akibat masuk dan berkembangnya mikroorganisme patogen di dalam tubuh yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan, baik disertai maupun tanpa munculnya tanda dan gejala klinis (Oktaviani, dkk, 2025).

2. Etiologi risiko infeksi

Risiko infeksi pada pasien post Seksio Sesarea dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang meningkatkan kemungkinan masuknya mikroorganisme ke

dalam tubuh, terutama pada area luka operasi (Mutmainnah, dkk, 2025). Adapun etiologi risiko infeksi antara lain:

- a) Luka insisi pembedahan, yaitu sayatan pada dinding abdomen dan uterus saat tindakan Seksio Sesarea yang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme.
- b) Prosedur invasif, seperti pemasangan infus atau kateter urin yang berpotensi menyebabkan masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh.
- c) Perawatan luka yang kurang adekuat, misalnya balutan luka tidak diganti secara teratur atau pembersihan luka tidak dilakukan dengan benar.
- d) Kebersihan luka yang tidak terjaga, sehingga memungkinkan terjadinya kontaminasi mikroorganisme pada area luka operasi.
- e) Kurangnya pengetahuan pasien tentang perawatan luka, yang dapat menyebabkan perawatan luka tidak dilakukan dengan baik sehingga meningkatkan risiko infeksi.

Ada pun penyebab dari Risiko Infeksi menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018) yaitu :

- a. Efek prosedur invasive
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit,
- d. ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya,
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan hemoglobin, imununosupresi.

3. Faktor predisposisi/faktor pencetus

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi pada pasien terdiri dari beberapa komponen yang saling berkaitan menurut (Noviari et

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi pada pasien terdiri dari beberapa komponen yang saling berkaitan menurut (Noviari, dkk, 2025):

1) Agen

Agen merupakan mikroorganisme penyebab penyakit seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit yang dapat masuk ke dalam tubuh dan menyebabkan terjadinya infeksi.

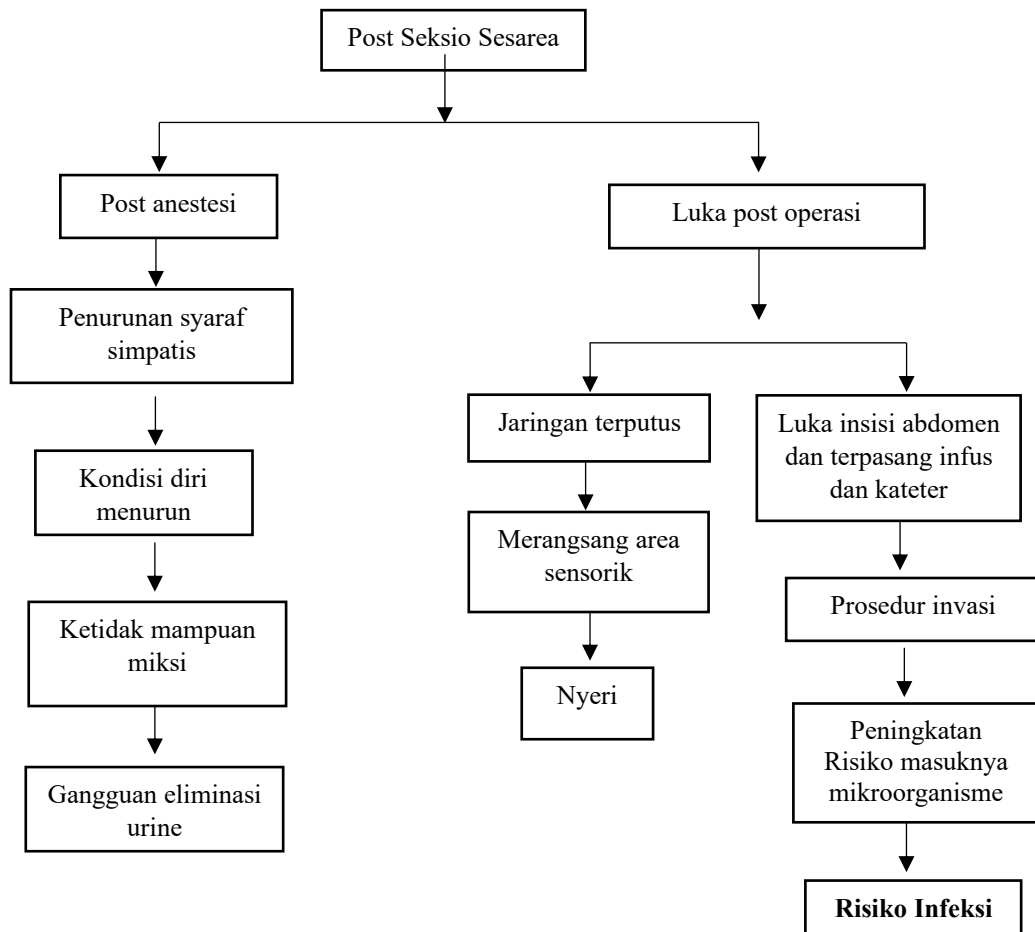
2) Host (*Inang*)

Host adalah individu yang menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Tingkat kerentanan host terhadap infeksi dipengaruhi oleh kondisi sistem kekebalan tubuh, usia, serta keadaan kesehatan seseorang.

3) Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah faktor di sekitar agen dan host yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi, seperti suhu, kelembaban, ventilasi, dan kondisi sanitasi.

3. Problem Tree



Sumber (Nurarif & Kusuma, 2015)

Gambar 1. Problem tree pada pasien dengan Risiko infeksi akibat post Seksio Sesarea

C. Asuhan Keperawatan pada post Seksio Sesarea dengan risiko infeksi

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan yang dilaksanakan secara terencana dan sistematis untuk mengumpulkan informasi mengenai individu, keluarga, maupun kelompok. Proses ini harus dilakukan secara menyeluruh dengan mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, serta spiritual agar diperoleh gambaran kondisi klien secara komprehensif (Ulina, dkk, 2020).

a. Data Keperawatan

Proses pengelompokan data dapat dilakukan melalui pendekatan induktif maupun deduktif. Pendekatan induktif dilakukan dengan menyeleksi dan menata data hingga terbentuk suatu pola, sedangkan pendekatan deduktif dilakukan dengan menggunakan kategori atau pola yang sudah ditentukan terlebih dahulu, kemudian data dikelompokkan sesuai dengan kategori tersebut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Meliputi identitas klien berisi nama lengkap, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, Pendidikan, Alamat, diagnosis medis, no RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan identitas penanggung jawab.

2) Status Kesehatan saat ini

a) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang di rasakan saat masuk rumah sakit, untuk mengetahui masalah yang di alami pasien.

b) Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien yang menjalani tindakan sectio caesarea, perlu dilakukan pengkajian terhadap riwayat persalinan yang sedang dialami saat ini.

c) Riwayat persalinan dahulu

Riwayat persalinan sebelumnya merupakan salah satu faktor penting hingga menentukan metode persalinan yang aman bagi ibu dan janin.

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Pada ibu, beberapa hal yang perlu dikaji meliputi usia saat pertama kali mengalami menstruasi (menarche), pola siklus menstruasi, lama menstruasi, keluhan yang dirasakan selama menstruasi, serta tanggal hari pertama haid terakhir. Riwayat perkawinan

b) Riwayat perkawinan

Hal-hal yang perlu dikaji meliputi usia saat menikah, urutan pernikahan, serta lamanya usia pernikahan.

c) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas

Mencakup jumlah anak, tahun kelahiran, jenis kelamin, usia kehamilan, penyulit saat hamil, tenaga penolong persalinan, Riwayat perdarahan nifas, serta berat dan Panjang bayi saat lahir.

d) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Berisi informasi mengenai jenis kontrasepsi yang digunakan oleh ibu, lama penggunaan dan rencana penggunaan kontrasepsi.

4) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Kebutuhan oksigen

Mengkaji pola napas pasien setelah operasi, apakah dalam batas normal atau terdapat sesak. Pada pasien post Seksio Sesarea, napas biasanya lebih dangkal karena nyeri pada area perut sehingga pasien enggan menarik napas dalam atau batuk.

b) Kebutuhan nutrisi

Mengkaji nafsu makan dan kemampuan pasien menghabiskan makanan. Asupan nutrisi dan cairan yang cukup diperlukan untuk membantu penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh.

c) Kebutuhan eliminasi

Mengkaji pola BAK dan BAB. Pada pasien post Seksio Sesarea, BAK biasanya masih menggunakan kateter sehingga kebersihannya perlu diperhatikan untuk mencegah infeksi.

d) Kebutuhan istirahat tidur

Mengkaji kualitas dan lama tidur pasien. Istirahat yang cukup membantu proses pemulihan dan meningkatkan daya tahan tubuh.

e) Kebutuhan aktivitas

Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi seperti miring, duduk, berdiri, dan berjalan. Mobilisasi dini membantu memperlancar sirkulasi dan mempercepat penyembuhan.

f) Bepakaian

Mengkaji kemampuan pasien dalam mengganti pakaian serta menjaga kebersihannya agar luka operasi tetap terlindungi.

g) Rasa Nyaman

Mengkaji tingkat nyeri pada area luka operasi yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan membatasi aktivitas.

h) Kebersihan Diri

Mengkaji kemampuan pasien dalam menjaga kebersihan diri, terutama pada area luka operasi dan genitalia untuk mencegah infeksi.

i) Rasa Aman

Mengkaji perasaan pasien terkait kondisi luka, seperti rasa takut atau khawatir akan terjadinya infeksi.

j) Pola komunikasi

Mengkaji kemampuan pasien dalam menyampaikan keluhan atau perubahan kondisi.

k) Ibadah

Mengkaji bagaimana pasien menjalankan ibadah selama masa pemulihan. Biasanya pasien perlu menyesuaikan posisi atau cara beribadah sesuai dengan kondisi fisiknya.

l) Produktivitas

Mengkaji kemampuan pasien dalam menjalankan perannya sebagai ibu setelah melahirkan

m) Rekreasi

Mengkaji aktivitas ringan yang dapat membantu pasien merasa lebih rileks selama masa perawatan.

n) Kebutuhan Belajar

Mengkaji pengetahuan pasien mengenai perawatan luka, nutrisi, serta tanda dan gejala infeksi setelah operasi.

5) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh pada tubuh pasien untuk membantu menentukan diagnosis penyakit, menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

- a) Keadaan Umum : Memeriksa tanda-tanda vital, termasuk suhu tubuh, tekanan darah, frekuensi napas, dan denyut nadi, serta menilai berat dan tinggi badan. Kondisi kulit juga diperhatikan untuk mendeteksi adanya kemerahan, luka, atau tanda peradangan.
- b) Kepala dan wajah: Menilai konjungtiva dan sklera untuk mengetahui apakah tampak normal atau ada indikasi gangguan kesehatan.
- c) Leher: Memeriksa pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening yang bisa menjadi indikator masalah sistemik.
- d) Thorax dan jantung: Auskultasi paru untuk mendeteksi adanya ronki, wheezing, atau masalah pernapasan lainnya. Pemeriksaan bunyi jantung juga dilakukan untuk memastikan tidak ada tanda infeksi sistemik atau gangguan jantung.
- e) Payudara: Menilai bentuk payudara, simetri, kebersihan, kondisi puting, dan adanya pengeluaran seperti kolostrum, ASI, atau nanah. Amati tanda dimpling atau retraksi yang dapat mengindikasikan infeksi atau kelainan jaringan.
- f) Abdomen: Memeriksa tinggi fundus uteri, bising usus, adanya kontraksi, serta kondisi luka operasi untuk mengetahui tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan abnormal.
- g) Ekstremitas: Memeriksa adanya edema, suhu ujung jari (akral), simetri, dan refleks untuk menilai sirkulasi dan kemungkinan peradangan.
- h) Genitalia: Dilakukan pemeriksaan dengan dower kateter untuk menilai kondisi genitalia pasca operasi dan mendeteksi potensi infeksi.
- i) Data penunjang: Pemeriksaan laboratorium, termasuk darah lengkap, khususnya hemoglobin, leukosit, dan parameter lain yang dapat menjadi indikator infeksi.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis yang menilai bagaimana klien merespons masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Penyusunan diagnosis keperawatan menggunakan tiga komponen, yaitu *Problem* (P), *Etiology* (E), dan *tanda serta gejala*. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengenali respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang umum muncul pada pasien dengan post seksio sesarea, yaitu:

Risiko Infeksi (D.0142) dibuktikan dengan prosedur invasif (luka operasi seksio sesarea).

a. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan cara membandingkan data subjektif dan data objektif yang diperoleh dengan standar atau nilai normal untuk menentukan adanya masalah kesehatan pada klien. Selanjutnya, perawat mengelompokkan data yang relevan, menginterpretasikan tanda dan gejala yang muncul, kemudian merumuskan diagnosis keperawatan secara tepat, baik diagnosis aktual, risiko, maupun promosi kesehatan, sebagai dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan yang sesuai (PPNI, 2017).

Tabel 1.
Analisis Data Keperawatan pada Ny.L pada pasien dengan Risiko Infeksi Akibat
Post Seksio Sesarea 2026

Data Fokus	Analisis Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
DS: 1. Pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasi sesar dengan skala nyeri 2 (ringan). 2. Pasien mengaku belum mengetahui cara merawat luka pasca operasi sesar.	Luka post operasi ↓ Luka insisi abdomen ↓ Kerusakan integritas kulit ↓ masuknya mikroorganisme ↓ Risiko Infeksi	Risiko infeksi (D.0142)
DO: 3. Pasien tampak lemah 4. Luka operasi masih tertutup balutan. 5. Pasien terpasang infus dan kateter		

b. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah salah satu tahapan dalam proses keperawatan yang memerlukan kemampuan berpikir kritis, karena di dalamnya terdapat proses analisis, pertimbangan yang terstruktur, serta pengambilan keputusan untuk mengatasi masalah pasien. Penyusunannya berfokus pada kebutuhan klien dan dilakukan dengan menetapkan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien, melalui kerja sama antara perawat, klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya. Selain itu, rencana keperawatan berperan sebagai sarana komunikasi profesional untuk menjaga kesinambungan asuhan, sehingga pelayanan yang diberikan tetap sistematis, selaras, dan berkualitas (Ekaputri, dkk, 2024)

Intervensi keperawatan merupakan semua tindakan atau perawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan serta penilaian klinis, dengan

tujuan mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan terdiri dari tiga komponen utama, yaitu label, ekspektasi, dan Kriteria hasil (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Rumusan tujuan dalam rencana keperawatan dapat menggunakan pendekatan prinsip SMART yaitu Spesifik, Measurable, Achievable, Reasonable, Time (Gasper, dkk, 2025).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan terdiri atas empat jenis tindakan, yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaboratif yang dikenal dengan singkatan OTEK, guna mencapai luaran yang telah ditetapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

Rencana keperawatan didokumentasikan secara terstruktur dengan mencantumkan waktu pencatatan yang meliputi tanggal, bulan, tahun, dan jam, diagnosis keperawatan, tujuan beserta kriteria hasil yang diharapkan, intervensi keperawatan yang akan dilakukan, serta rasional atau dasar ilmiah dari setiap tindakan. Selain itu, dilengkapi juga dengan paraf yang berisi tanda tangan dan nama jelas perawat yang menyusun rencana tersebut (Hashiemah, dkk, 2024)

Tabel 2.
Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny.L
dengan Risiko Infeksi Akibat Post Seksio Sesarea 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	2	3	4
Risiko infeksi (D.0142) Dibuktikan Dengan prosedur invasif (luka operasi Seksio Sesarea).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat Nafsu makan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun	Intervensi Utama Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	Intervensi Utama Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Untuk mendeteksi secara dini terjadinya infeksi pada pasien. Terapeutik 1. Untuk mengurangi risiko masuknya mikroorganisme dari luar 2. Untuk mencegah penularan mikroorganisme penyebab infeksi 3. Untuk mencegah kontaminasi mikroorganisme pada luka atau area tindakan. Edukasi 1. Agar pasien dapat mengenali tanda infeksi secara dini. 2. Untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi. 3. Agar pasien dapat memantau kondisi luka dan mendeteksi tanda infeksi. 4. Untuk membantu proses penyembuhan luka dan meningkatkan

1	2	3	4
		Intervensi Pendukung Perawatan pasca seksio sesarea (I.14567) Observasi 1. Identifikasi Riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis, nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan luka 4. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 1. Diskusi perasaan, pernyataan dan perhatian pasien terkait pembedahan 2. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas 3. Motivasi mobilitas dini 6 jam 4. Fasilitasi dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan Edukasi 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan Latihan ekstermitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 3. Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan 4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik	daya tahan tubuh. 5. Untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan mendukung proses pemulih Intervensi Pendukung Perawatan pasca seksio sesarea (I.14567) Observasi 1. Mengetahui faktor risiko dan kondisi pasien. 2. Memonitor tanda-tanda vital ibu 3. Menilai kondisi pasca operasi. 4. Mengetahui adanya tanda infeksi atau perdarahan. Terapeutik 1. Membantu menurunkan kecemasan pasien. 2. Mendukung proses pemulihan dan observasi lanjutan. 3. Mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi. Mendukung keberhasilan menyusui dan ikatan ibu-bayi. Edukasi 1. Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga. 2. Mencegah komplikasi akibat imobilisasi.

1	2	3	4
			3. Membantu kelancaran proses menyusui.
			4. Mendukung proses penyembuhan luka.
			Kolaborasi
			1. Untuk mencegah terjadinya infeksi.
Sumber : (PPNI,SDKI,2017),(PPNI,SLKI,2018),(PPNI,SIKI,2018)			

5. Implementasi

Dalam proses keperawatan, implementasi merupakan tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Pada tahap ini, perawat melaksanakan atau mendelegasikan intervensi keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Tindakan keperawatan yang dilakukan dapat berupa kegiatan observasi, tindakan terapeutik, pemberian edukasi, maupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan risiko infeksi dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan keperawatan yang diberikan bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi melalui pemantauan tanda dan gejala infeksi, penerapan teknik aseptik selama tindakan keperawatan, menjaga kebersihan diri pasien dan lingkungan, serta pemberian edukasi mengenai cara menjaga kebersihan diri, mencuci tangan dengan benar, dan mengenali tanda-tanda infeksi. Selain itu, dilakukan tindakan kolaboratif sesuai program terapi medis guna mendukung proses pemulihan pasien. Adapun implementasi yang dapat dilakukan yaitu :

Pendokumentasian tindakan keperawatan harus disusun secara sistematis, jelas, dan dapat dipertanggungjawabkan. Isi dokumentasi mencakup tanggal dan waktu pelaksanaan, serta intervensi keperawatan yang mengacu pada SIKI dan ditulis dengan kalimat aktif serta mudah diaplikasikan. Selain itu, perlu dicatat juga respons pasien terhadap tindakan yang diberikan, baik yang bersifat subjektif maupun objektif, serta dilengkapi dengan paraf dan nama lengkap perawat yang melaksanakan tindakan tersebut (Pertiwi & Hardiyanti, 2023).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dalam proses keperawatan yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan tindakan yang telah diberikan kepada pasien. Pada tahap ini, perawat menilai apakah tujuan asuhan keperawatan telah tercapai atau masih diperlukan intervensi tambahan. Evaluasi juga dilakukan untuk memantau perubahan kondisi kesehatan pasien setelah memperoleh tindakan keperawatan. Selain sebagai alat untuk menilai keberhasilan tindakan, evaluasi berfungsi sebagai dasar dalam menentukan perubahan atau penyesuaian rencana keperawatan sesuai kebutuhan pasien (Koten, dkk, 2021).

Pada pasien ibu post sectio caesarea dengan diagnosis keperawatan risiko infeksi, hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan yaitu tidak terjadinya tanda dan gejala infeksi selama masa perawatan melalui pemberian asuhan keperawatan yang tepat (Sari & Kurniawati, 2025).

Dalam proses evaluasi, perawat dapat menggunakan metode SOAP untuk mempermudah pemantauan perkembangan kondisi pasien.

S : Subjective

Bagian ini berisi keluhan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan, seperti nyeri pada luka operasi atau rasa tidak nyaman di area insisi.

O : Objective

Data objektif diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik dan observasi langsung yang dilakukan perawat terhadap kondisi pasien, seperti luka bekas operasi terlihat baik, area luka tidak menunjukkan tanda peradangan, tidak terdapat keluaran cairan abnormal, suhu tubuh pasien dalam batas normal, serta keadaan umum dan tanda-tanda vital tampak stabil.

A : Assessment

Assessment merupakan tahap evaluasi untuk menilai respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Penilaian dilakukan dengan menggabungkan data subjektif dan objektif guna mengetahui perkembangan kondisi pasien serta menentukan apakah risiko infeksi masih perlu dipantau atau sudah terkontrol.

P : Planning

Tahap perencanaan dilakukan dengan menentukan tindak lanjut keperawatan yang perlu diberikan, seperti melanjutkan perawatan luka, mempertahankan teknik aseptik, memantau tanda-tanda infeksi, serta memberikan edukasi kepada pasien mengenai pentingnya menjaga kebersihan luka untuk mencegah terjadinya infeksi.