

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Teori

A. Konsep Dasar Nifas

1. Masa nifas adalah masa dimana semua alat kandungan kembali dalam keadaan seperti sebelum hamil yang dimulai setelah melahirkan hasil konsepsi (bayi dan plasenta) dan berakhir hingga 6 atau 42 hari setelah melahirkan. (Mirong.D. I & Yuianti Hasri 2023).

2. Perubahan fisiologis masa nifas (Yuliana. W. & Hakim. N. Bawon 2020)

a. Perubahan system reproduksi

1) Involusi uterus

Involusi merupakan proses mengembalikan rahim ke kondisi semula sebelum hamil. Pada uterus akan terjadi pelepasan plasenta sehingga melukai dinding rahim dan terjadi perdarahan. Lochea adalah cairan vagina yang keluar setelah melahirkan yang mengandung campuran darah, lendir dan jaringan rahim.

2) Lochea

Lochea merupakan ekskresi cairan uterus selama post partum. Lochea berbau tengik dengan volume yang berbeda pada setiap pasien. Lochea juga berbau rasa tidak enak menandakan adanya infeksi, lochea terbagi menjadi empat, yakni:

(1) Lochea Rubra

Lochea rubra keluar pada hari 1-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

(2) Lochea Sanguinolenta

Lochea yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir yang berlangsung hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

(3) Lochea Serosa

Lochea berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan laserasi plasenta hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) Lochea Alba

Lochea cairan putih yang mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati yang berlangsung selama 2-6 minggu setelah post partum.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi dengan uterus, setelah 6 minggu post serviks natal akan menutup. Selama pelebaran terjadi robekan kecil serviks tidak pernah kembali ke keadaan sebelum hamil berupa lubang kecil seperti jarum, namun leher rahim hanya bisa kembali sembuh.

4) Vagina dan perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat regang akan kembali secara bertahap ke ukuran semula 6-8 minggu setelah bayi lahir.

5) Payudara

Terjadinya pembesaran payudara, lebih kencang, dan terasa lembut pada awalnya sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan inisiasinya laktasi. Ini karena suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan pembuluh darah sementara, air susu diproduksi dan harus dikeluarkan dengan cara yang efektif dihisap oleh bayi.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Tekanan pada rektum selama persalinan saat bayi melewati jalan lahir, kepala bayi dan tubuh bayi memberikan tekanan yang signifikan pada rektum dan struktur disekitarnya. Penekanan pada rektum ini dapat memperlambat atau menghalangi proses buang air besar hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup.

c. Sistem Perkemihan

Kesulitan buang air kecil selama 24 jam karena selama persalinan janin menekan kandung kemih sehingga setelah melahirkan kandung kemih bisa menjadi distensi (melebar). Distensi kandung kemih yang berlebihan dapat melemahkan otot-otot kandung kemih, sehingga sulit untuk berkemih. Untuk memulihkan jaringan pendukung alat kelamin, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, jadi dianjurkan untuk melatih gerakan tertentu seperti melakukan fisioterapi.

d. Sistem muskuloskeletal

Perubahan Sistem Muskuloskeletal Otot-otot uterus berkontraksi setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu.

e. Integumen

Persalinan dengan operasi *Sectio Caesarea* memiliki luka post sectio dengan berbagai jenis sayatan.

B. Konsep Dasar Pre-eklampsia

1. Pengertian

a. Pre-eklampsia

Pre-eklampsia merupakan tekanan darah tinggi $\geq 140/90$ mmHg pada ibu hamil yang terjadi pada usia kehamilan 20 minggu pertama setelah persalinan, yang disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih) dan adanya edem. (Langita, R.E. 2024)

b. Klasifikasi pre-eklampsia

1) Pre-eklampsia Ringan

Kondisi di mana terjadi peningkatan Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, proteinurea memiliki berat 0,3 gram atau per liter.

2) Pre-eklampsia Berat

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam, proteinurea 5 gram atau lebih per liter disertai edema.

c. Etiologi Pre-eklampsia

faktor etiologi preeklampsia bisa diklasifikasikan menjadi 4 kelompok yaitu genetik, riwayat hipertensi, gizi, serta usia (Amellia, 2019).

d. Manifestasi Klinis Pre-eklampsia

Tekanan darah melebihi normal $\geq 140/90$, mempunyai riwayat hipertensi, edema, pusing, kejang, leher tegang, edema, aktivitas terbatas, bed rest jumlah protein dalam urine meningkat, Susah BAK.

e. Komplikasi Pre-eklampsia

Kondisi ini dapat menyebabkan morbiditas (kesakitan) parah, cacat kronis bahkan kematian pada ibu maupun bayi tanpa terdeteksi sebelumnya, hipertensi post partum, disfungsi ginjal, perdarahan, gagal jantung, stroke. (ACOG, 2020).

f. Pemeriksaan penunjang

Puspita., *et al* (2022), Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan darah untuk mengetahui kadar Hb akibat kehilangan banyak darah dan juga pemeriksaan kulture urine untuk mengetahui kadar protein dalam urine.

g. Penatalaksanaan Pre-eklampsia

a. Keperawatan

Penatalaksanaan pada ibu nifas pasca *Sectio Caesarea* dengan indikasi Pre-eklampsia adalah pemantauan tanda-tanda vital khususnya pada tekanan darah, program diet kurangi asupan garam, makanan cepat saji, minuman berkafein, serta makanan yang berlemak tinggi. (Kartasurya 2019).

b. Penatalaksanaan medis

Obat antihipertensi : methyropa, labetalol, nifedipine, captopril, lisinopril, ramipril, enalapril, fosinopril, sesuai indikasi dan kebutuhan. (Hanifah & Mualifah, 2022).

C. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dari rahim dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus. (Putra Sena Giri Bagus Ida *et al* 2021).

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

Etiologi *Sectio Caesarea* adalah plasenta previa, panggul sempit, disproporsi sefalo pelvik (kondisi ketika kepala janin terlalu besar melewati panggul), preeklamsia, ketuban pecah dini (KPD) , ruptur uteri mengancam, dan partus lama serta faktor lainnya seperti detak jantung bayi melambat, adanya kelelahan persalinan, bayi besar, persalinan kembar (gemeli), putus tali pusat, letak janin sungsang. (Kurniasari 2018).

3. Manifestasi klinis (Samsideir Sitorus, 2021)

Nyeri pasca operasi, insisi dinding abdomen, adanya lochea, luka akibat operasi, lemas, fisik lemah, cemas, puting susu menonjol/tidak, bendungan ASI/tidak, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, nyeri saat bergerak, penurunan Hb, pusing, mudah tersinggung, susah tidur, depresi baby blues, perdarahan, susah BAB dan BAK, Adanya cairan yang berisi meconium (kotoran Janin), Verniks Kaseosa (lemak putih), rambut lanugo, bila terinfeksi akan disertai bau.

4. Komplikasi

Sugioto., *et al* (2023), komplikasi yang terjadi pada post *Sectio Caeserea* adalah perdarahan, risiko infeksi dan juga kecacatan bahkan kematian.

5. Pemeriksaan Penunjang

Puspita.,*et al* (2022), pemeriksaan laboratorium dibutuhkan sebagai data penunjang dalam penanganan kasus di masa nifas untuk mengetahui keadaan ibu. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan golongan darah sebagai antisipasi melakukan transfusi darah Ketika pasien mengalami anemia akibat perdarahan karena retensio sisa plasenta, kadar Hb untuk menegakkan diagnosa anemia akibat kehilangan banyak darah.

Penatalaksanaan

a) Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan untuk nifas normal yang dilakukan setelah melahirkan untuk mendukung pemulihan tubuh ibu.

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus sepusat/di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Istirahat yang cukup: Ibu perlu beristirahat untuk memulihkan tenaga setelah proses persalinan.
- 3) Pemantauan perdarahan: Pada masa nifas, ibu akan mengalami perdarahan (lochea) yang biasanya berlangsung sekitar 4-6 minggu. Pemantauan perdarahan penting untuk memastikan tidak terjadi perdarahan berlebihan yang dapat membahayakan.

- 4) Konsumsi makanan bergizi: Agar tubuh cepat pulih, ibu nifas perlu mengonsumsi makanan sehat yang kaya akan protein, zat besi, dan vitamin. Makanan seperti sayur, buah, daging, telur, dan kacang-kacangan sangat dianjurkan (TKTP) dan diet rendah garam serta tinggi purin seperti udang dan kepiting.
- 5) Perawatan payudara: Jika ibu menyusui, penting untuk merawat payudara dengan baik. Ini bisa dilakukan dengan menjaga kebersihan payudara, memberi ASI dengan posisi yang tepat, dan melakukan pijatan lembut untuk menghindari penyumbatan saluran ASI.
- 6) Latihan pernapasan dan relaksasi: membantu mengurangi stres dan ketegangan pada tubuh. Ini juga membantu mempercepat pemulihan fisik dan mental. (Bahiyatun & Yuliana W, 2020).
- 7) Penatalaksanaan keperawatan untuk *Sectio Caesarea*. Salah satunya adalah teknik non farmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yaitu mobilisasi dini dengan tujuan untuk mencegah komplikasi, depresi, meminimalkan nyeri, dan mempercepat kesembuhan pasien semaksimal mungkin Mobilisasi dini dilakukan segera pada pasien pasca operasi dimulai dari miring kanan dan kiri, bangun dan duduk dipinggir tempat tidur lalu pasien bisa turun dari tempat tidur, berdiri dan mulai belajar berjalan dengan bantuan, sesuai kondisi pasien (Hanifah & Muallifah, 2022).

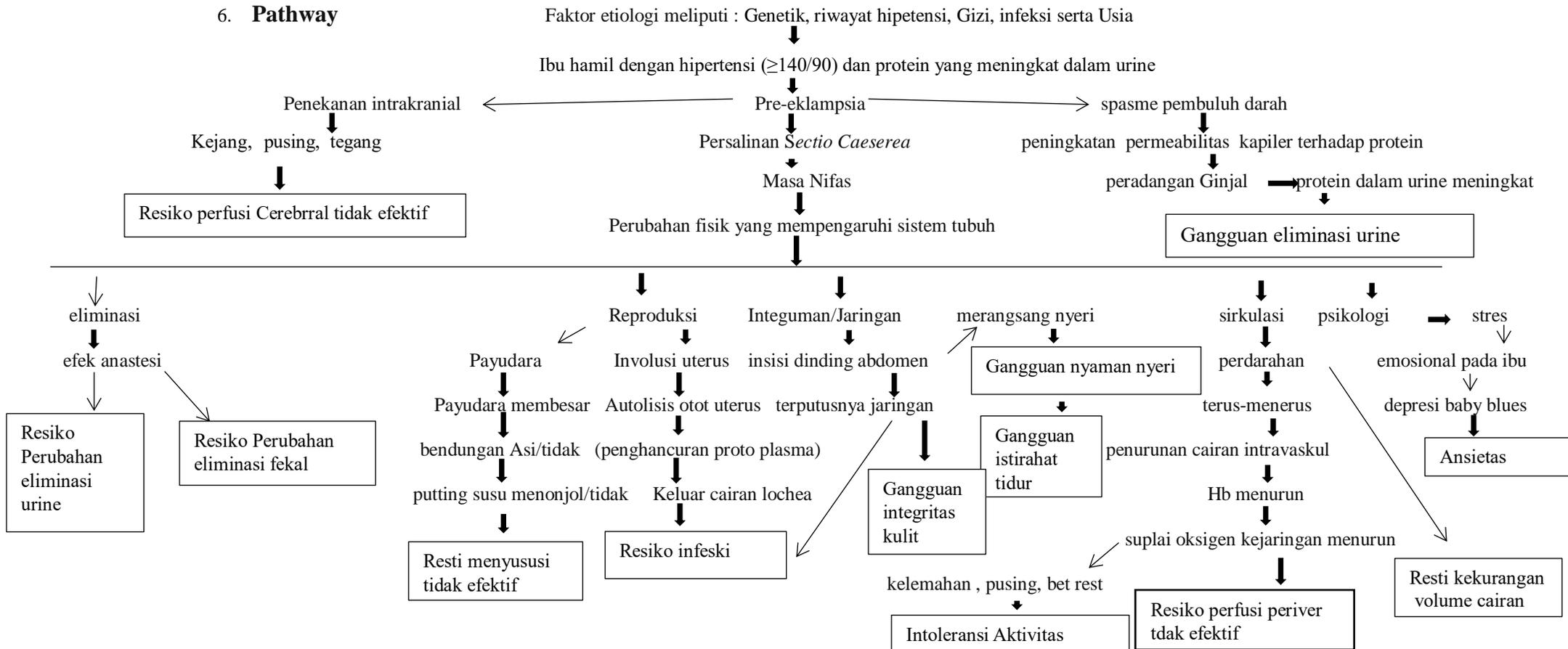
b) Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pasca *Sectio Caesarea* secara farmakologis melibatkan beberapa aspek untuk memastikan pemulihan yang optimal bagi ibu.

- (1) Analgesia (Penghilang Nyeri): Obat Anti-Inflamasi Nonsteroid (NSAID): Seperti ibuprofen atau diklofenak, diberikan untuk mengurangi nyeri dan peradangan, Paracetamol: dapat digunakan sebagai tambahan untuk mengurangi nyeri, Opioid digunakan untuk nyeri yang lebih berat seperti: Kodein sering dikombinasikan dengan paracetamol, oksidon digunakan untuk nyeri pasca operasi.
- (2) Antibiotik Profilaksis: Antibiotik: Seperti cefazolin, diberikan untuk mencegah infeksi pasca operasi. Ini biasanya diberikan selama atau segera setelah operasi. Ampicilin/sulbaktam: kombinasi ini juga digunakan untuk mencegah infeksi. Clindamisilin: digunakan jika pasien alergi terhadap penisilin atau jika ada resiko infeksi. Metronidazole: sering digunakan untuk infeksi yang disebabkan oleh anaerob, terutama jika ada riwayat infeksi sebelumnya
- (3) Stimulasi Laktasi: Metoclopramide: Kadang-kadang digunakan untuk meningkatkan produksi ASI pada ibu yang mengalami kesulitan menyusui.

- (4) Vitamin dan Suplemen: Vitamin dan mineral: Seperti zat besi, asam folat, dan kalsium, sering direkomendasikan untuk mendukung pemulihan ibu.
- (5) Obat pencahar seperti laxantia untuk mengatasi keluhan sembelit atau susah BAB.

6. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : Samsideir Sitorus, (2021)

2. Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan menurut (S. Wahyuningsih, 2019) adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

A. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas Klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan penanggungjawab.

b) Keluhan Utama

Nyeri dibagian perut (luka insisi), kejang, pusing, leher tegang.

2) Riwayat keluhan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Nyeri dibagian perut luka insisi akibat oprasi *Sectio Caesarea* seperti tersayat-sayat kejang, pusing, dan leher tegang.

b) Riwayat kesehatan dahulu : pernah memiliki riwayat penyakit hipertensi

3) Riwayat obstetri

Meliputi usia kehamilan, riwayat kelahiran anak mulai dari anak pertama sampai dengan saat ini (umur, Jenis kelamin, hidup/meninggal, berat bayi lahir, cara lahir, dan penolong kelahiran.

4) Riwayat Kehamilan Sekarang

Meliputi gangguan pada hamil muda, tempat memeriksakan kehamilan, obat yang diberikan, nutrisi selama hamil.

5) Riwayat persalinan

Meliputi jenis persalinan, lama persalinan, jumlah perdarahan, keadaan umum.

6) Pengumpulan data perpola (Anggraini, V.Nourmayansa *et al* 2024)

(1) Pola Reproduksi / seksual

Keluarnya cairan lochea, payudara membesar, bendungan Asi/tidak, puting susu menonjol/ tidak.

(2) Pola sirkulasi

Perdarahan, jumlah Hb dalam darah menurun, suplai oksigen ke jaringan meneurun.

(3) Pola aktivitas

Kelemahan, pusing, terpasang kateter, aktivitas terbatas, bed rest.

(4) Pola eliminasi

susah BAB, susah BAK.dan terpasang kateter

(5) Pola istirahat tidur

Nyeri pada luka pembedahan, cemas, susah tidur, depresi baby blues, leher tegang.

(6) Pola persepsi dan manajemen

Pemeriksaan ANC, mengikuti program hamil.

(7) Pola nutrisi dan metabolik

Program diet rendah garam, selera makan, Mual muntah,
Alergi terhadap makanan, cairan yang diminum tidak
beralkohol, bersoda.

(8) Pola persepsi dan konsepsi diri

Kecemasan, depresi baby blues, bahagia penambahan
anggota baru.

(9) Pola peran dan hubungan

Sebagai istri, sebagai ibu.

(10) Pola nilai dan kepercayaan

Agama/kepercayaan klien.

(11) Pola persepsi dan kognitif

Bahagia ada penambahan anggota baru, depresi baby
blues.

7) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

(a) Pemeriksaan Kulit Kepala dan Rambut

Inspeksi : kondisi kulit kepala ada ruam, gatal, ketombe,
dan kualitas rambut apakah rontok, tipis, terdapat lesi atau
tidak, pembengkakan atau tidak.

Palpasi : apakah ada nyeri tekan/ tidak , ada benjolan
/tidak

(b) Wajah

Inspeksi : terdapat cloasma gravidarum terdapat lesi atau tidak, terdapat edema atau tidak.

(c) Mata

Inspeksi : konjungtiva merah mudah atau pucat, , bentuk mata kiri dan kanan apakah simetris, warna sklera ikterik atau tidak, dan fungsi penglihatan baik/tidak.

(d) Telinga

Inspeksi : ada infeksi/ tidak, cedera, atau kelainan pada saluran telinga dan gendang telinga.

Palpasi: nyeri/tidak.

(e) Hidung

Inspeksi: ada pembengkakan/tidak, perdarahan, atau kelainan di dalam hidung.

Palpasi : adanya nyeri tekan/tidak.

(f) Mulut

Inspeksi : perdarahan/tidak pada gusi, jumlah gigi ada berapa, terdapat lesi atau tidak, warna bibir pucat atau merah muda.

(1) Leher

Inspeksi : adanya udem/ tidak, ada lesi/tidak.

Palpasi : Pembengkakan kelenjar getah bening/tidak, pembengkakan kelenjar tiroid/tidak..

2) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris atau tidak, payudara simetris/
tidak, payudara membesar dan aerola menghitam.

Palpasi : ASI keluar atau tidak.

3) Abdomen

Inspeksi: tampak ada balutan luka *Sectio Caesarea*, periksa bekas luka operasi *Sectio Caesarea*, tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, panas, nanah), dan pastikan luka tertutup dengan baik.

Auskultasi : peristaltik usus.

Palpasi : involusi uterus (pengecilan uterus pasca persalinan), nyeri/tidak.

Perkusi: untuk mendeteksi adanya penumpukan gas atau cairan pada perut.

4) Genetalia

Inspeksi : observasi dengan mencium aroma dan melihat warna lochea, terpasang kateter / tidak.

5) Ekstremitas

Inspeksi: ada pembengkakan (edema) baik itu pada kaki / tangan, terpasang alat medis atau tidak, pada kaki varises/tidak.

Palpasi : terdapat nyeri tekan atau tidak.

8) Tabulalasi data

Nyeri pasca operasi, insisi dinding abdomen, luka akibat operasi, adanya lochea, susah BAB dan BAK, fisik lemah, cemas, puting susu menonjol/tidak, bendungan Asi/tidak, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, penurunan Hb, pusing, mudah tersinggug, susah tidur, depresi baby blues, perdarahan.

Tekanan darah melebihi normal $\geq 140/90$, edema, mempunyai riwayat hipertensi, pusing, kejang, leher tegang, jumlah protein dalam urine meningkat, Susah BAK, aktivitas terbatas, bed rest, terpasang kateter.

9) Klasifikasi

Ds: Nyeri pasca operasi, nyeri pada daerah insisi, susah tidur, lemah, pusing, susah BAB dan BAK, rasa kecewa, cemas, perdarahan, mempunyai riwayat hipertensi, susah BAK, kejang, leher tegang.

Do: Adanya luka akibat operasi *Sectio Caesarea*, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, fisik lemah, cemas, penurunan Hb, puting susu menonjol/tidak, bendungan Asi, pusing, mudah tersinggug, edema, susah tidur, depresi baby blues, insisi dinding abdomen, perdarahan, Tekanan darah melebihi normal $\geq 140/90$, jumlah protein dalam urine meningkat, aktivitas terbatas, terpasang kateter.

10) Analisa data

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Sign symptom	Etiologi	Problem
1	Ds: Nyeri pasca operasi, tidak nyaman Do: meringis, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat.	Insisi dinding abdomen <i>Sectio Caesarea</i>	Gangguan nyaman nyeri
2	Ds: Perdarahan Do: insisi dinding abdomen, perdarahan.	Perdarahan	Risiko syok Hipovolemik
3	Ds : Kelemahan, pusing Do: Perdarahan, Hb dalam darah menurun, suplai oksigen ke jaringan menurun	Penurunan konsentrasi Hb	Perfusi perifer tidak efektif
4	Ds: Bendungan asi, nyeri Do: Payudara membesar, puting susu menonjol/ tidak.	Anomali payudara	Risiko Menyusui tidak efektif
5	Ds: nyeri Do: luka pada daerah insisi dinding abdomen , cairan lochea, perdarahan.	Luka pada daerah insisi dinding abdomen	Risiko infeski
6	Ds: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen Do: terputusnya jaringan di daerah insisi dinding abdomen, luka pada daerah insisi dinding abdomen	Iuka pada daerah insisi dinding abdomen	Kerusakan integritas kulit
7	Ds: rasa kecewa, cemas, susah tidur. Do: pengeluaran air mata tanpa sebab, mudah tersinggung, susah tidur.	Depresi baby blues	Ansietas

Lanjutan Tabel 2.1 Analisa Data

8	Ds : sulit buang air kecil Do: distensi urine, penekanan pada kandung kemih, terpasang kateter.	Efek anastesi	Risiko perubahan eliminasi urine
9	Ds : konstipasi Do : penekanan pada rectum	Efek anastesi	Risiko perubahan eliminasi fekal
10	Ds : nyeri pada area insisi dinding abdomen, tidak nyaman Do: luka pada daerah insisi dinding abdomen	Nyeri pada area insisi dinding abdoen	Gangguan pola tidur
11	Ds : pusing, lemah Do : Hb menurun, kelemahan, terpasang kateter, aktivitas terbatas, bed rest.	Jumlah Hb dalam darah menurun	Intoleransi aktivitas
12	Ds : memiliki riwayat Hipertensi, pusing, kejang, leher tegang. Do : Tekanan darah melebihi normal $\geq 140/90$. Edema.	Hipertensi	Risiko perfusi cerebral tidak efektif
13	Ds : susah BAK Do : jumlah protein dalam urine meningkat	Infeksi Ginjal	Gangguan eliminasi urine

11) Prioritas masalah

- (1) Risiko hipovolemik
- (2) Risiko perfusi cerebral tidak efektif
- (3) Risiko perfusi perifer tidak efektif
- (4) Kerusakan integritas kulit
- (5) Risiko infeksi
- (6) Gangguan aman nyeri

- (7) Risiko Menyusui tidak efektif
- (8) Risiko perubahan eliminasi urin.
- (9) Gangguan eliminasi urine
- (10) Risiko perubahan eliminasi fekal
- (11) Gangguan pola tidur
- (12) Intoleransi Aktivitas
- (13) Ansietas

2. Dianosa keperawatan (SDKI 2018)

- a. Risiko hipovolemik berhubungan dengan perdarahan di buktikan dengan
Ds: Perdarahan
Do: inisid dinding abdomen, perdarahan.
- b. Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi di buktikan dengan
Ds: Memiliki riwayat Hipertensi, pusing, leher tegang, kejang
Do: Tekanan darah melebihi normal $\geq 140/90$, edema.
- c. Risiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dibuktikan dengan
Ds : kelemahan, pusing.
Do : Perdarahan, Hb dalam darah menurun, suplai oksigen ke jaringan menurun.

- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka pada daerah insisi dinding abdomen di tandai dengan
- Ds: nyeri pada daerah insisi dinding abdomen
- Do: terputusnya jaringan di daerah insisi dinding abdomen, luka pada daerah insisi
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan luka pada daerah insisi dinding abdomen dibuktikan dengan
- Ds: nyeri
- Do: luka pada daerah insisi dinding abdomen, cairan lochea, perdarahan.
- f. Gangguan nyaman nyeri berhubungan dengan insisi dinding abdomen ditandai dengan
- Ds: Nyeri pasca operasi, tidak nyaman
- Do: meringis, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat.
- g. Risiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali puting susu dibuktikan dengan
- Ds : Bendungan asi, nyeri
- Do: Payudara membesar, puting susu menonjol/ tidak.
- h. Risiko perubahan eliminasi urine berhubungan dengan efek anestesi dibuktikan dengan
- Ds: sulit buang air kecil
- Do: distensi urine, penekanan pada kandung kemih.

- i. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan infeksi ginjal di tandai dengan
Ds : susah BAK
Do : jumlah protein dalam urine meningkat.
- j. Risiko perubahan eliminasi fekal berhubungan dengan efek anestesi dibuktikan dengan
Ds: konstipasi
Do: penekanan pada rectum
- k. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada area insisi dinding abdomen di tandai dengan
Ds: nyeri pada area insisi dinding abdomen, tidak nyaman
Do: luka pada daerah insisi dinding abdomen
- l. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan jumlah hb dalam darah meurun ditandai dengan
Ds: pusing, lemah
Do: Hb menurun , kelemahan, terpasang kateter, bet rest.
- m. Ansietas berhubungan dengan depresi baby blues di tandai dengan
Ds: rasa kecewa, cemas, susah tidur.
Do: pengeluaran air mata tanpa sebab, mudah tersinggung, susah tidur.

3. Intervensi SIKI, SLKI (2018)

a. Risiko syok hipovolemik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada Klien diharapkan risiko syok hipovolemik tidak terjadi . kriteria hasil perdarahan menurun, kekuatan nadi meningkat, frekwensi nadi membaik, tekanan darah membaik, hemoglobin membaik, hematokrit membaik.

Manajemen Hipovolemik

Observasi:

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (misal Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering menurun, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah menurun.

Rasional : Tanda dan gejala hipovolemi seperti takikardi, hipotensi, dan penurunan turgor kulit, dapat mengindikasikan kehilangan volume cairan.

- 2) Monitor intake dan output cairan

Rasional: pemantauan intake dan output, mendeteksi perubahan keseimbangan cairan tubuh, seperti dehidrasi, atau kelebihan cairan, ini penting untuk menghindari komplikasi.

Terapeutik:

3) Hitung kebutuhan cairan

Rasional : keseimbangan cairan yang tepat penting untuk menjaga fungsi fisiologis tubuh, termasuk sirkulasi darah, distribusi oksigen dan keseimbangan elektrolit.

Rasional :Asupan cairan yang cukup membantu mencegah dehidrasi, terutama pada pasien yang mengalami kehilangan cairan berlebih akibat demam, diare, muntah atau berkeringat.

Kolaborasi :

4) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (misal NaCl, RL)

Rasional ; cairan IV isotonis seperti larutan NaCl /RL memiliki konsentrasi yang sama dengan cairan tubuh, sehingga membantu mengembalikan volume cairan dalam pembuluh darah tanpa menyebabkan pergeseran cairan yang signifikan antara kompartemen seluler dan ekstraseluler

5) Kolaborasi pemberian produk darah

Rasional: reaksi transfusi darah seperti reaksi alergi, demam, atau hemolitik dapat terjadi selama atau setelah pemberian produk darah.

b. Risiko perfusi cerebral tidak efektif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko perfusi cerebral tidak efektif tidak terjadi. Dengan

kriteria hasil yang didapatkan : Tekanan darah normal, pusing menurun, kejang menurun, tegang leher menurun.

Pemantauan Tekanan Intrakranial

Observasi:

1) Monitor peningkatan TD

Rasional : Peningkatan tekanan darah dapat menjadi tanda kompensasi tubuh terhadap peningkatan tekanan intrakranial, untuk mempertahankan perfusi cerebral

2) Monitor penurunan tingkat kesadaran

Rasional : Penurunan kesadaran adalah indikator awal adanya peningkatan TIK, herniasi otak, atau kerusakan pada saraf kranial.

3) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil

Rasional : Perubahan respon pupil bisa mengindikasikan peningkatan TIK.

4) Monitor tekanan perfusi serebral

Rasional : Memonitor tekanan perfusi cerebral membantu memastikan bahwa otak menerima aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi.

5) Monitor efek stimulus lingkungan hidup terhadap TIK

Rasional : Untuk mengelola faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi TIK dan kondisi pasien.

Terapeutik:

1) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan

Rasional : Dengan mempertahankan sterilitas sistem pemantauan, tim kesehatan dapat memastikan keselamatan pasien dan mengoptimalkan hasil perawatan.

2) Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Rasional : Posisi kepala yang netral dapat membantu mengurangi tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak.

3) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien

Rasional : Pemantauan yang lebih sering dapat membantu mendeteksi perubahan kondisi pasien.

4) Dokumentasikan hasil pemantauan

Rasional : Dokumentasi hasil pemantauan memungkinkan untuk mengevaluasi perawatan yang diberikan dan indentifikasi area yang perlu ditingkatkan.

Edukasi:

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Rasional : Menjelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang perawatan yang diberikan.

2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Rasional : Menginformasikan hasil pemantauan dapat membangun atau meningkatkan kepercayaan serta komunikasi antara pasien dan tim kesehatan.

3) Diet rendah garam

Rasional : Diet rendah garam dapat membantu mengurangi retensi cairan dalam tubuh dan dapat membantu mengurangi gejala pembengkakan dan sesak napas.

c. Risiko perfusi perifer tidak efektif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko perfusi perifer tidak terjadi. Dengan kriteria hasil yang didapatkan : perdarahan menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik.

Pencegahan Syok

Observasi:

1) Monitor status kardiopulmonal (Frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD,)

Rasional : Pada pasien pasca operasi pemantauan kardiopulmonal secara teratur dapat mencegah resiko syok.

2) Monitor status oksigenasi (Oksimetri nadi, AGD)

Rasional : Memantau status oksigenasi memastikan bahwa pasien menerima jumlah oksigen yang cukup dan mengurangi resiko komplikasi akibat hipoksia

3) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil

Rasional : Perubahan dalam tingkat kesadaran atau respon pupil dapat menjadi tanda awal dari suatu masalah

Terapeutik:

4) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional : Oksigen adalah nutrisi utama bagi organ vital seperti jantung, otak dan paru-paru. Mempertahankan saturasi oksigen yang adekuat membantu memastikan organ-organ ini berfungsi dengan baik

5) Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi.

Rasional : Dengan melakukan skin test tenaga kesehatan dapat mengetahui apakah pasien berisiko tinggi terhadap alergi yang serius sehingga tindakan pencegahan dapat dilakukan sebelum terpapar alergen

Edukasi:

6) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok

Rasional : Edukasi mengenai penyebab syok seperti kehilangan darah, infeksi, alergi memberikan pasien informasi yang dibutuhkan untuk memahami kondisinya saat ini.

7) Jelaskan tanda dan gejala awal syok

Rasional : Memahami tanda dan gejala awal syok memungkinkan pasien dan keluarga mengenali kondisi syok

8) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional : Cairan yang cukup membantu mencegah dehidrasi

Kolaborasi:

9) Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

Rasional : Kolaborasi antar dokter, perawat, dan petugas laboratorium memastikan bahwa tranfusi darah dilakukan dengan aman.

d. Kerusakan integritas kulit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan kerusakan integritas kulit teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : luka pada area insisi membaik.

Perawatan Luka

Observasi:

1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

Rasional : Perubahan pada karakteristik luka, seperti kemerahan, bengkak, peningkatan rasa nyeri, keluarnya nanah, atau bau tidak sedap, bisa menjadi tanda infeksi.

2) Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional : Mengidentifikasi tanda-tanda infeksi secara dini seperti demam, kemerahan, pembengkakan, nyeri atau keluarnya cairan dari luka memungkinkan tindakan cepat sebelum infeksi menyebar atau menjadi lebih parah.

Terapeutik:

3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

Rasional : Proses pelepasan secara perlahan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau rasa sakit yang dialami pasien.

4) Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan

Rasional : Cairan NaCl membantu menjaga kelembaban di area luka dan membantu mencegah infeksi.

5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.

Rasional: salep yang diformulasikan untuk kondisi tertentu dapat membantu mempercepat proses penyembuhan baik dengan memperbaiki jaringan, menghidrasi kulit atau mendukung regenerasi sel.

6) Pasang balutan sesuai jenis luka

Rasional : Balut yang tepat melindungi luka dari kotoran, bakteri dan trauma eksternal yang dapat mengurangi resiko infeksi dan mempercepat penyembuhan.

7) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari

Rasional : Menyediakan kalori dan protein dalam jumlah yang tepat mendukung pemulihan dan kesehatan pasien.

8) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi.

Rasional : Suplemen vitamin dan mineral membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang memungkinkan serta mendukung dalam proses penyembuhan.

Edukasi:

9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Tanda-tanda infeksi seperti demam, bengkak, kemerahan, nyeri atau keluarnya nanah, memungkinkan pasien dan keluarga untuk mengenali perubahan.

Kolaborasi

10) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: mempercepat penyembuhan.

e. Risiko infeksi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko infeksi tidak terjadi, kriteria hasil yang di dapatkan : perdarahan menurun, luka pada daerah insisi membaik.

Pencegahan infeksi

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: Memantau tanda vital seperti suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan dapat membantu mendeteksi komplikasi sistemik seperti infeksi

- 2) Uji kesterilan semua peralatan:

Rasional: Benda –benda yang dipaket mungkin tampak steril, meskipun demikian, setiap benda harus secara teliti diperiksa kesterilannya, adanya kerusakan pada pemaketan, efek lingkungan pada paket, dan teknik pengiriman. Sterilisasi paket/tanggal kadaluarsa, nomor lot/seri harus dokumentasikan jika perlu.

Terapeutik:

- 3) Batasi jumlah pengunjung

Rasional: Semakin banyak orang yang datang, semakin tinggi resiko penyebaran infeksi baik kepada pasien yang mungkin memiliki system kekebalan tubuh lemah maupun kepada pengunjung itu sendiri.

- 4) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: Edema menyebabkan penumpukan cairan di jaringan, sehingga kulit di area tersebut menjadi lebih tegang, tipis,

dan rentan terhadap kerusakan seperti pecah-pecah atau ulserasi

- 5) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: Tangan adalah salah satu media utama penularan kuman, termasuk bakteri dan virus.

- 6) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: Pasien yang berisiko tinggi, seperti pasien dengan sistem imun yang lemah, pasien pasca operasi sangat rentan terhadap infeksi.

Edukasi:

- 7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Dengan memahami tanda dan gejala infeksi pasien dan keluarga dapat mengenali perubahan secara cepat yang memungkinkan mereka segera melapor kepada tenaga kesehatan

- 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional; Nutrisi yang adekuat memberikan tubuh energy dan zat-zat penting seperti protein, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan untuk memperbaiki jaringan yang rusak, penyembuhan luka dan mengatasi infeksi.

- 9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional: Cairan penting untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan mencegah dehidrasi terutama pada pasien yang kehilangan cairan berlebihan

Kolaborasi :

10) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: Dapat diberikan secara profilaksis bila di curigai terjadinya infeksi atau kontaminasi.

f. Gangguan nyaman nyeri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan gangguan nyaman nyeri teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan Nyeri di area insisi menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik.

Manajemen Nyeri

Observasi

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: Identifikasi frekuensi nyeri membantu dalam menentukan penyebab nyeri.

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Skala nyeri menyediakan cara untuk mengukur dan mendokumentasikan tingkat nyeri.

3) Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional: Respon non-verbal seperti mimik wajah, gerakan tubuh, dapat memberikan petunjuk penting tentang tingkat nyeri

4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Faktor-faktor ini memungkinkan sebagai pemicu yang dapat memperberat dan memperingan nyeri

5) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Rasional: Memantau efek samping analgetik memungkinkan memiliki efek samping yang sangat serius.

Terapeutik

6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres dingin/hangat, terapi bermain)

Rasional: Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan control yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping.

7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat memperingan nyeri.

8) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Tidur yang cukup dan berkualitas dapat mengurangi persepsi nyeri.

Edukasi

9) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: Menjelaskan penyebab nyeri pada pasien meningkatkan pemahaman tentang kondisi pasien.

10) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: Memantau nyeri secara mandiri membantu pasien menjadi lebih sadar akan nyeri yang pasien rasakan.

11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: Lepaskan tegangan emosional dan otot; tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping.

Kolaborasi

12) Kolaborasi penggunaan analgetik bila perlu

Rasional: Menghilangkan rasa nyeri

13) Observasi efek analgetik.

Rasional: Respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik, dan mungkin menimbulkan efek-efek sinergistik dengan zat-zat anestesi.

g. Risiko menyusui tidak efektif

Edukasi Menyusui

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko menyusui tidak efektif tidak terjadi. kriteria hasil yang di dapatkan :Puting susu menonjol membaik, suplay asi adekuat meningkat, tetesan pancaran asi meningkat.

Observasi:

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Setiap individu memiliki gaya belajar yang berbeda.

Dengan kesiapan dan kemampuan mereka, penyuluh kesehatan dapat menggunakan metode yang lebih efektif.

2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Rasional : Penetapan tujuan yang jelas dapat membantu ibu merasa lebih terarah dan fokus.

Terapeutik:

3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : Materi yang tertulis seperti buku panduan atau brosur serta video, memungkinkan peserta untuk lebih mudah memahami.

4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : Penjadwalan yang fleksibel memungkinkan pendidikan kesehatan disesuaikan dengan ketersediaan peserta

5) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Proses bertanya mendorong keterlibatan aktif dalam pendidikan kesehatan.

6) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Rasional : Melibatkan suami dan anggota keluarga lainnya dalam sesi edukasi menyusui membantu mereka memahami teknik menyusui.

Edukasi:

7) Berikan koseling menyusui

Rasional :Konseling menyusui memberikan informasi yang dibutuhkan ibu tentang teknik mnyusui, posisi yang tepat, dan cara perlekatan yang baik.

8) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi

Rasional : Asi mengandung antibody dan komponen imunologis yang membantu melindungi bayi dari infeksi dan penyakit berkontribusi pada kesehatan jangka panjang bayi.

9) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar

Rasional : Dengan posisi yang baik bayi akan merasa lebih nyaman saat menyusui yang dapat meningkatkan ketertarikan dan afektivitas menyusui.

10) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres menggunakan kapas yang telah diberikan minyak kelapa

Rasional : Minyak kelapa memiliki sifat melembabkan yang baik, sehingga membantu mencegah kulit payudara menjadi kering atau pecah-pecah yang dapat terjadi seiring dengan perubahan ukuran payudara selama kehamilan.

11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (misal Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

Rasional : Menjaga kebersihan payudara dan puting sangat penting untuk mencegah infeksi seperti mastitis dan juga dapat merangsang Asi.

h. Risiko Perubahan eliminasi urine

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan Risiko gangguan eliminasi urine teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : sensasi berkemih meningkat, desakan berkemih menurun, distensi kandung kemih menurun, frekuensi BAK membaik.

Manajemen Eliminasi Urine

Observasi:

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.

Rasional: Retensi urine adalah ketidakmampuan mengendalikan pengeluaran urine. Dengan mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine tenaga kesehatan dapat mengelola dengan tepat untuk mengurangi gejala tersebut.

- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine

Rasional: Retensi urine dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk obstruksi mekanis seperti pembesaran prostat sehingga memungkinkan untuk mengambil tindakan yang tepat.

- 3) Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Rasional : Memantau volume, warna dan konsistensi urine dapat membantu mendeteksi masalah seperti infeksi saluran kemih, retensi urine dan obstruksi.

Terapeutik:

- 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih.

Rasional : Data yang dikumpulkan membantu mengidentifikasi faktor pemicu atau pola yang berkaitan dengan

inkontinensia atau ketidaknyamanan, memungkinkan intervensi yang lebih tepat.

- 5) Batasi asupan cairan, jika perlu

Rasional : Pada pasien dengan masalah saluran kemih membatasi asupan cairan membantu mengurangi volume urine yang dihasilkan sehingga mengurangi resiko retensi urine dan ketidaknyamanan.

Edukasi:

- 6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih.

Rasional : Pemahaman tentang infeksi saluran kemih membantu pasien untuk lebih proaktif dalam perawatan diri sehingga mengurangi risiko komplikasi serius.

- 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih.

Rasional: Bagi wanita pasca melahirkan penguatan otot panggul penting untuk pemulihan dan mencegah masalah kesehatan dimasa depan.

- 8) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur.

Rasional : Pembatasan cairan menjelang tidur dapat mencegah kebocoran urine.

Kolaborasi:

- 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

Rasional : Supositoria uretra seringkali digunakan untuk mengurangi nyeri atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh infeksi saluran kemih.

i. Risiko Perubahan eliminasi fekal

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan risiko gangguan eliminasi fekal teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : konstipasi menurun, frekwensi BAB membaik.

Manajemen Konstipasi

Observasi:

1) Periksa tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Tanda dan gejala konstipasi seperti buang air besar yang jarang, tinja keras, atau perasaan tidak tuntas setelah buang air besar adalah sinyal awal untuk terjadinya masalah pada pencernaan

2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)

Rasional : Memeriksa gerakan usus membantu mengidentifikasi apakah pasien mengalami konstipasi, diare, atau pola buang air besar yang abnormal

3) Identifikasi faktor risiko konstipasi (misal obat- obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)

Rasional : Dengan mengetahui faktor resiko seperti pola makan rendah serat, kurangnya aktifitas fisik, dehidrasi, atau penggunaan obat-obatan tertentu kita dapat mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah konstipasi.

Terapeutik:

4) Anjurkan diet tinggi serat

Rasional : Serat membantu melembutkan tinja sehingga lebih mudah untuk dikeluarkan dan mengurangi resiko feses keras yang menyebabkan konstipasi.

Edukasi

5) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional : Dehidrasi memperburuk konstipasi karena tubuh akan menyerap air lebih banyak dari usus besar yang membuat tinja menjadi lebih keras.

Kolaborasi

6) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

Rasional : Pada kasus konstipasi pencahar dapat memberikan solusi cepat untuk membantu pengosongan usus.

j. Gangguan pola tidur

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan gangguan pola tidur teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan: keluhan sulit tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun.

Dukungan Tidur

Observasi:

1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

Rasional : Tidur yang berkualitas adalah cara utama tubuh memulihkan energy. Kurang tidur dapat memperburuk kelelahan yang membuat pasien lebih sulit melakukan aktifitas sehari-hari.

2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologis)

Rasional : Factor fisik seperti nyeri, serta factor psikologi seperti stress, kecemasan atau depresi memungkinkan pemberian perawatan untuk menangani penyebab utama yang mengganggu tidur.

Terapeutik:

3) Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)

Rasional : Faktor-faktor seperti kebisingan, cahaya berlebih, atau suhu yang tidak nyaman bisa mengganggu tidur

4) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur

Rasional: Stress yang berlebihan adalah salah satu penyebab utama sulit tidur.

5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure)

Rasional: Banyak pasien terutama yang mengalami nyeri membuat ketidaknyamanan yang mengganggu tidur.

Edukasi:

6) Jelaskan pentingnya tidur cukup

Rasional : Selama tidur tubuh melakukan proses perbaikan termasuk perbaikan otot, jaringan, dan sel. Tidur mendukung penyembuhan luka dan mempercepat pemulihan sakit.

k. Intoleransi aktifitas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien diharapkan intoleransi aktivitas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kelemahan menurun.

Manajemen Energi

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

Rasional : Kelelahan dapat disebabkan oleh berbagai gangguan fungsi tubuh seperti anemia.

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: Kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi gejala awal dari berbagai kondisi medis, seperti gangguan tidur, depresi, kecemasan dan penyakit kronis.

3) Monitor pola dan jam tidur

Rasional : Pola tidur yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan mental, meningkatkan resiko gangguan seperti depresi kecemasan dan stress.

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : Banyak ketidaknyamanan fisik yang terjadi selama aktivitas disebabkan oleh teknik atau postur yang buruk serta kelemahan fisik.

Terapeutik

5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

Rasional : Rentang gerak aktif dan pasif melibatkan gerakan yang dilakukan oleh pasien sendiri sehingga membantu memperkuat otot-otot yang digunakan untuk menggerakkan sendi serta mencegah kekakuan sendi dan kontraktur.

6) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Rasional: Duduk di sisi tempat tidur merupakan langkah awal yang penting dalam proses rehabilitasi untuk kembali berpindah atau berjalan

Edukasi

7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Memulai aktivitas dengan bertahap memungkinkan otot, sendi dan sistem kardiovaskuler beradaptasi dengan tuntutan fisik yang baru /meningkat.

- 8) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Rasional: Kelelahan yang tidak berkurang dapat menjadi tanda kondisi medis yang mendasarinya seperti anemia, gangguan jantung, masalah pernapasan atau kondisi kronis lainnya

- 9) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Rasional: Kelelahan seringkali diperburuk oleh stress emosional. Dengan mengajarkan teknik relaksasi seperti napas dalam meditasi atau manajemen waktu yang baik, pasien dapat mengurangi stress yang berkontribusi pada kelelahan.

Kolaborasi

- 10) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional : Kelelahan seringkali disebabkan oleh kekurangan nutrisi, seperti zat besi, vitamin B, dan protein. Ahli gizi dapat membantu merancang rencana makan yang kaya akan nutrisi yang diperlukan untuk meningkatkan energy.

1. Ansietas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien ansietas teratasi, kriteria hasil yang di dapatkan : kecemasan menurun.

Reduksi Ansietas

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor)

Rasional: Identifikasi perubahan dalam tingkat kecemasan kondisi kecemasan pasien

- 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Rasional: Memungkinkan deteksi dini gangguan kesehatan mental seperti gangguan kecemasan dan depresi

Terapeutik

- 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional: Suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung membuka diri mereka

- 4) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

Rasional: Kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian jadi kehadiran seseorang dapat memberikan rasa nyaman dan terdukung menghadapi kecemasan

- 5) Pahami situasi yang membuat ansietas

Rasional: Memahami situasi atau kondisi yang memicu kecemasan dapat mengidentifikasi penyebab utama dari kecemasan

6) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: Membantu pasien mengurangi kecemasan

7) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional: Pendekatan dan ketenangan membuat pasien mengurangi kecemasan.

Edukasi

8) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu

Rasional: Kehadiran anggota keluarga memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi kecemasan

9) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional: Mengungkapkan perasaan membantu pasien mengurangi kecemasan

10) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

Rasional: Kegiatan pengalihan dapat mengurangi stres dan kecemasan.

11) Latih teknik relaksasi

Rasional : Dengan melatih teknik relaksasi secara teratur, seseorang dapat mencapai keseimbangan yang lebih baik antara tubuh dan pikiran, serta mendukung kesehatan secara keseluruhan

Kolaborasi

12) Kolaborasi pemberian obat antiansietas.

Rasional : Antiansietas diberikan untuk meredakan gejala cemas yang berlebihan, seperti rasa takut, ketegangan, atau serangan panik yang dapat mengganggu kualitas hidup sehari-hari

4. Implementasi

Adalah tahap di mana rencana atau strategi yang telah disusun diterapkan dalam praktik. Dalam konteks penelitian, atau program, implementasi melibatkan pelaksanaan langkah-langkah yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

5. Evaluasi

Adalah proses penilaian terhadap hasil dari suatu implementasi atau pelaksanaan. Tujuan evaluasi adalah untuk mengukur efektivitas, efisiensi, dan dampak dari tindakan yang telah diambil, serta untuk menentukan apakah tujuan awal telah tercapai dan apa yang dapat diperbaiki.