

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Menopause Bleeding

2.1.1 Pengertian

Menopause adalah suatu keadaan dimana wanita tidak mendapatkan haid selama 12 bulan disertai adanya tanda-tanda menopause sampai menuju senium (periode sesudah *pasca menopause*). *Menopause* terjadi pada usia antara 45 tahun sampai 51 tahun.

Perimenopause adalah periode dengan keluhan memuncak, dengan rentang waktu sebelum menstruasi terakhir dan satu sampai dua tahun sesudah menopause. Masa perempuan mengalami akhir dari datangnya haid sampai berhenti sama sekali. Pada masa ini *menopause* masih berlangsung. Keluhan sistemik berkaitan dengan vasomotor. Keluhan yang sering dijumpai adalah berupa gelombang panas (*hot flushes*), berkeringat banyak, insomnia, depresi, dan perasaan mudah tersinggung (Kasdu, 2020).

pasca menopause adalah waktu dalam kehidupan wanita setelah periode berhenti paling tidak satu tahun. Menurut WHO tahun 2020 setiap tahunnya terdapat 25 juta wanita diseluruh dunia diperkirakan mengalami *menopause*. Sedangkan data tahun 2021, sekitar 467 juta wanita berusia 50 tahun ketas menghabiskan hidupnya dalam keadaan *pasca menopause* dan 40% dari wanita *pasca menopause* tersebut tinggal di negara-negara berkembang dimana Indonesia termasuk didalamnya. Fase *pasca menopause* dimulai setelah berumur 60 tahun. Keelenjar adrenal merupakan sumber androgen utama bagi wanita *pasca menopause*. Bahkan data perkiraan yang diungkapkan oleh WHO menyatakan bahwa pada tahun 2025 kelak jumlah wanita *menopause* di Asia akan melonjak hingga 107 juta jiwa. Sindroma menopause di Eropa saat ini mencapai 70-80%. Amerika 60%, dan Indonesia 10%. Perbedaan presentase ini dikarenakan jumlah *estrogen* wanita Eropa dan Amerika lebih banyak dibandingkan wanita Asia.

2.1.1 Etiologi

Etiologi menopause adalah hilangnya fungsi folikel ovarium dan penurunan *estrogen*. *Menopause* dapat terjadi secara alamiah sebagai proses penuaan yang tidak melibatkan proses patologi.

Menopause juga dapat terjadi sebagai akibat tindakan bedah yang melibatkan ovarium seperti *ooforektomi* bilateral, atau terapi yang mengganggu fungsi ovarium seperti ter-

api *endometriosis*, kemoterapi kanker (terutama yang menggunakan alkylating agents), terapi radiasi, terapi HIV, atau terapi lain yang berkaitan dengan obat antiestrogen.

a. Faktor Risiko

Menopause umumnya terjadi pada usia 45-55 tahun. Beberapa faktor risiko yang dapat menurunkan usia *menopause* fisiologis (*menopause* dini/prematur) antara lain merokok, histerektomi, ooforektomi, karier sindrom Fragile X, penyakit autoimun, dan riwayat kemoterapi atau radioterapi.[1-3]

b. Riwayat Merokok

Risiko *menopause* dini semakin meningkat seiring dengan meningkatnya durasi dan frekuensi merokok. Rokok mengandung hidrokarbon polisiklik yang bersifat toksik terhadap sel-sel germinativum ovarium yang membuat sel menjadi lelah dan menurunkan kadar *estrogen* dalam darah. Komponen nikotin, kotinin, dan anabasine juga menghambat konversi *androstenedion* menjadi *estrogen*. [1-3]

c. Operasi Ooforektomi atau Histerektomi

Ooforektomi menyebabkan pengurangan yang signifikan dari cadangan folikel ovarium. Sebuah penelitian pada wanita yang menjalani unilateral ooforektomi melaporkan bahwa *menopause* terjadi kurang lebih 1 tahun lebih awal dibandingkan dengan wanita yang memiliki dua ovarium.[1-3]

d. Kelainan Autoimun

Penyakit autoimun seperti hipoparatiroidisme, tiroiditis Hashimoto, dan penyakit Addison diduga berperan menyebabkan sebanyak 30-50% *menopause* dini. Penyakit non-endokrin seperti lupus eritematosus sistemik dan rheumatoid arthritis juga dapat mempengaruhi onset *menopause*. [1-3]

2.1.2 Manifestasi Klinis

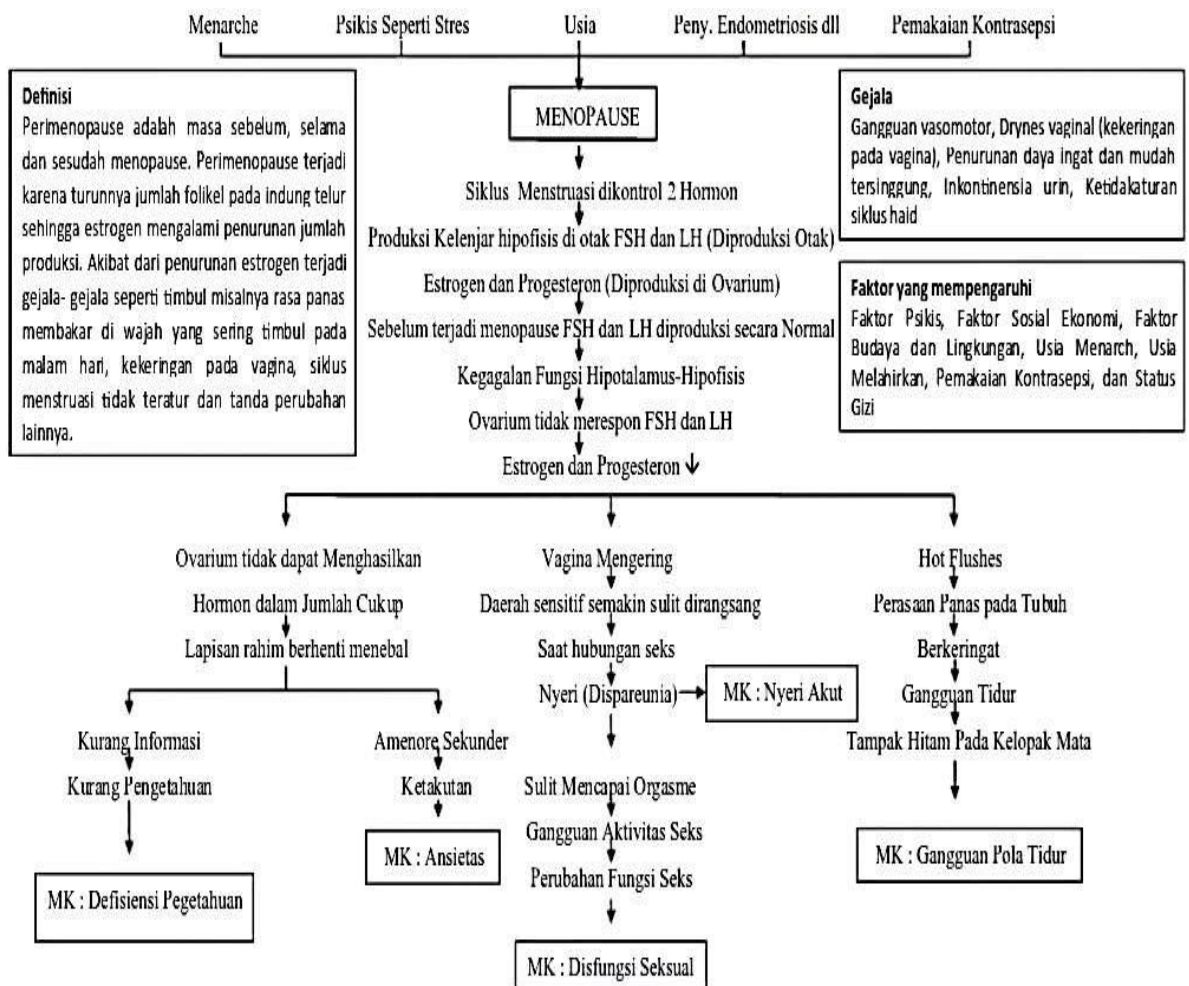
Kenaikan kandungan *Follicle-Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) sepanjang tahapan kehidupan ini sebagai bukti ketidakberhasilan ovarium. Walau peralihan ini mulai terjadi tiga tahun saat sebelum *menopause*, pengurangan produksi estrogen oleh ovarium tidak tampil sampai sekitaran enam bulan saat sebelum *menopause*. Bila terjadi kenaikan kandungan LH dan FSH sesudah *menopause*, umumnya FSH semakin lebih tinggi dari LH, hingga rasio FSH/LH jadi lebih besar dari 1. Ini karena lenyapnya proses operan balik negatif steroid ovarium dan penghalangan pelepasan gonadotropin. Fluktuasi FSH dan LH dan pengurangan kandungan estrogen mengakibatkan gejala dan tanda *menopause*, diantaranya hot

flashes, masalah tidur, pengurangan kepadatan tulang, peralihan urogenital, dan gejala dan tanda yang lain.

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi Perdarahan *Pasca Menopause*. Kekurangan estrogen menyebabkan atrofi vagina dan juga endometrium. Di dalam rahim, permukaan endometrium yang kolaps dan atrofi mengandung sedikit atau tidak ada cairan untuk mencegah gesekan didalam rongga. Endometritis kronis ini rentan terhadap bercak atau perdarahan ringan. Pada saat pemeriksaan USG (ultrasonografi) panggul akan terlihat bahwa uterus, ovarium wanita *pascamenopause* tampak kecil dan terlihat garis tipis dari endometrium. Disisi lain, kondisi endometrium yang premaligna atau sudah ganas sering muncul setelah kadar estrogen menurun. Adanya pemberian terapi sistemik khusus estrogen, sindrom polikistik ovarium, obesitas dan tumor yang mensekresi estrogen dapat menyebabkan perubahan perubahan endometrium menjadi abnormal, serta riwayat perdarahan hebat saat tindakan medis ataupun persalinan.

2.1.4 Pathway



Gambar 2. 1 Pathway

Pathway tersebut menggambarkan proses terjadinya *menopause* yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, menarche, kondisi psikis (misalnya stres), penyakit endometriosis, serta penggunaan kontrasepsi. Faktor-faktor tersebut berkontribusi terhadap perubahan fungsi sistem reproduksi wanita yang pada akhirnya menyebabkan *menopause*.

Menopause terjadi akibat penurunan fungsi ovarium seiring bertambahnya usia. Pada kondisi normal, siklus menstruasi dikontrol oleh dua hormon utama, yaitu *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis di bawah kendali hipotalamus. Hormon FSH dan LH berperan dalam merangsang ovarium untuk menghasilkan hormon estrogen dan progesteron.

Memasuki masa *menopause*, terjadi kegagalan fungsi poros hipotalamus–hipofisis–ovarium, sehingga produksi FSH dan LH menjadi tidak efektif. Akibatnya, ovarium tidak mampu lagi menghasilkan estrogen dan progesteron dalam jumlah yang cukup. Penurunan kadar estrogen ini menjadi penyebab utama berbagai perubahan fisiologis pada wanita *menopause*.

Penurunan hormon estrogen menyebabkan lapisan endometrium berhenti menebal, sehingga siklus menstruasi berhenti secara permanen. Selain itu, rendahnya kadar estrogen mengakibatkan vagina menjadi kering, elastisitas jaringan menurun, dan daerah genital menjadi lebih sensitif. Kondisi ini dapat menimbulkan nyeri saat berhubungan seksual (*dispareunia*), kesulitan mencapai orgasme, serta gangguan aktivitas seksual. Dari kondisi tersebut muncul masalah keperawatan berupa disfungsi seksual dan nyeri akut.

Selanjutnya, penurunan estrogen juga memicu terjadinya hot flushes, yaitu perasaan panas pada tubuh yang sering disertai keringat berlebihan, terutama pada malam hari. Kondisi ini dapat menyebabkan gangguan tidur, seperti sulit tidur atau sering terbangun di malam hari, yang ditandai dengan lingkaran hitam di sekitar mata. Masalah ini kemudian diidentifikasi sebagai gangguan pola tidur.

Di sisi lain, perubahan hormonal dan berhentinya fungsi reproduksi sering menimbulkan dampak psikologis. Kurangnya informasi dan pengetahuan tentang *menopause* dapat menyebabkan ketakutan dan kecemasan terhadap perubahan tubuh, penuaan, serta penurunan fungsi seksual. Kondisi ini memunculkan masalah

keperawatan berupa ansietas dan defisit pengetahuan.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penting: Diskusi manfaat dan risiko dengan dokter karena HRT memiliki risiko tertentu. Penatalaksanaan menopause berfokus pada peredaan gejala dan peningkatan kualitas hidup melalui kombinasi perubahan gaya hidup sehat (olahraga, diet, tidur cukup), terapi hormon (jika diperlukan dan aman), obat non-hormonal (antidepresan, obat kandung kemih, dll.), serta pengobatan lokal seperti pelumas dan pelembap vagina untuk mengatasi keluhan spesifik, dengan keputusan terapi harus disesuaikan kondisi pasien dan diskusi dokter.

1. Perubahan Gaya Hidup Sehat

Diet: Konsumsi makanan bergizi, batasi kafein, alkohol, dan makanan panas yang dapat memicu hot flashes.

Olahraga: Rutin untuk menjaga kebugaran, berat badan sehat, dan kesehatan tulang.

Tidur: Ciptakan kebiasaan tidur sehat.

Manajemen Stres: Latihan relaksasi seperti yoga, meditasi, atau tai chi.

Hindari Merokok: Merokok dapat memperburuk gejala menopause.

2. Terapi Hormon (Hormone Replacement Therapy - HRT)

Tujuan: Mengatasi hot flashes, keringat malam, dan menjaga kepadatan tulang.

Bentuk: Tablet, patch kulit, gel, atau krim.

3. Terapi Non-Hormonal

Untuk Hot Flashes & Perubahan Mood: Antidepresan dosis rendah (SSRI/SNRI), gabapentin, atau fezolinetant.

Untuk Kekeringan Vagina: Pelumas (berbasis air), pelembap vagina, atau krim estrogen lokal (jika tidak ada kontraindikasi).

Untuk Masalah Kandung Kemih: Oksibutinin.

4. Pengobatan untuk Osteoporosis

Obat seperti bifosfonat, denosumab, kalsium, dan vitamin D untuk mencegah pengeroposan tulang.

5. Pendekatan Individual

Pilihan terapi sangat individual, tergantung gejala, usia, riwayat kesehatan, dan preferensi pasien.

Konsultasi dengan dokter kandungan sangat penting untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Tanda-tanda dan gejala *menopause* cukup untuk mengatakan kebanyakan wanita telah mulai melewati transisi *menopause*. Jika wanita mempunyai keluhan mengenai menstruasi tidak teratur atau *hot flashes* dapat memeriksakan ke dokter. Pemeriksaan penunjang diagnostik untuk *menopause* dapat dilakukan dengan cara memeriksa tingkat *follicle-stimulating hormone* (FSH) dan estrogen (*estradiol*) dengan tes darah. Dikatakan *menopause*, jika hormon FSH dan estradiol menunjukkan tingkat penurunan. Dokter mungkin juga merekomendasikan tes darah untuk menentukan tingkat kemampuan stimulating hormone, karena hipotiroidisme dapat menyebabkan gejala mirip dengan *menopause*.

2.1.7 Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a) Identitas Pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan alamat. Usia biasanya berada pada rentang 45–60 tahun. Informasi ini penting untuk mengetahui fase *menopause* serta faktor risiko yang memengaruhi kondisi pasien.

b) Keluhan Utama

Keluhan yang sering disampaikan pasien antara lain perdarahan pervaginam setelah *menopause* (*post menopause bleeding*), rasa panas mendadak (*hot flush*), nyeri perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan seksual, gangguan tidur, kelelahan, serta perubahan suasana hati.

c) Riwayat Menstruasi

Dikaji mengenai usia menarche, keteraturan siklus menstruasi sebelum *menopause*, usia terakhir menstruasi, lama dan jumlah perdarahan, serta adanya perdarahan kembali setelah *menopause*. Riwayat ini sangat penting untuk menegaskan kondisi *menopause* dan mendeteksi kelainan.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi riwayat penyakit ginekologi seperti mioma uteri, endometriosis, kista ovarium, infeksi reproduksi, serta tindakan pembedahan (*histerektomi* atau *oo-*

forektomi). Riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, gangguan tiroid, dan osteoporosis juga perlu dikaji karena sering berkaitan dengan *menopause*.

e) Riwayat Penggunaan Kontrasepsi dan Terapi Hormon

Dikaji jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, lama penggunaan, serta riwayat terapi sulih hormon (*Hormone Replacement Therapy/HRT*). Informasi ini berpengaruh terhadap keseimbangan hormon dan gejala *menopause*.

f) Riwayat Keluarga

Dikaji adanya riwayat *menopause* dini, kanker ginekologi, osteoporosis, atau penyakit kronis dalam keluarga yang dapat meningkatkan risiko komplikasi *menopause*.

g) Pola Aktivitas dan Istirahat

Dikaji kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, tingkat kelelahan, toleransi aktivitas, serta pola tidur. Banyak pasien *menopause* mengalami gangguan tidur akibat *hot flush*, nyeri, atau kecemasan.

h) Pola Nutrisi dan Cairan

Meliputi nafsu makan, frekuensi makan, jenis makanan, asupan cairan, perubahan berat badan, serta tanda-tanda dehidrasi atau anemia. Penurunan estrogen berpengaruh pada metabolisme dan status nutrisi.

i) Pola Eliminasi

Dikaji pola eliminasi urin dan alvi, termasuk frekuensi, konsistensi, dan keluhan seperti inkontinensia urin, sering berkemih, atau konstipasi yang sering muncul pada *menopause*.

j) Nyeri dan Kenyamanan

Dikaji lokasi, karakter, intensitas, durasi, dan faktor pencetus nyeri. Pada *menopause* dapat ditemukan nyeri perut bawah, nyeri sendi, sakit kepala, serta rasa tidak nyaman akibat *hot flush* dan keringat malam.

k) Sistem Reproduksi dan Seksualitas

Dikaji adanya kekeringan vagina, nyeri saat berhubungan seksual (*dyspareunia*), penurunan libido, serta perubahan fungsi seksual. Aspek ini penting namun sering sensitif sehingga perlu pendekatan komunikasi yang baik.

l) Psikologis dan Integritas Ego

Dikaji kondisi emosional pasien seperti kecemasan, stres, depresi, perubahan mood, rasa takut terhadap penuaan dan penyakit, serta penerimaan diri terhadap

perubahan tubuh dan peran.

m) Pemeriksaan Fisik

Meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, status umum, kepala dan leher, sistem pernapasan, kardiovaskular, abdomen, sistem neurologi, serta pemeriksaan ginekologi sesuai indikasi medis.

n) Pengetahuan Pasien tentang Menopause

Dikaji tingkat pengetahuan pasien mengenai menopause, perubahan yang terjadi, cara mengatasi keluhan, serta sumber informasi yang diperoleh. Kurangnya pengetahuan sering menjadi masalah keperawatan utama.

o) Dukungan Sosial dan Spiritual

Dikaji dukungan keluarga, peran sosial, hubungan interpersonal, serta aspek spiritual yang memengaruhi coping pasien dalam menghadapi *menopause*.

2. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (mengangkat berat)(D. 0077)
- 2) Ansietas b/d kurang terpapar informasi (D.0080)
- 3) Disfungsi seksual b/d perubahan fungsi tubuh (D. 0069)
- 4) Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D. 0055)
- 5) Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di buktikan dengan Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan keluar gumpalan darah pada jalan lahir, berwarna merah kehitaman. KU: lemah, GCS: E 4 V5 M6, KES: Compos mentis, tampak meringis, tampak gelisah, sulit tidur. Nadi : 82 x/ menit, P: nyeri bertambah saat melakukan aktifitas, istirahat dengan posisi 1 arah mengurangi nyeri, Q:nyeri seperti tertusuk , R: Di bagian perut bawah, S: 7-8, T: 5-10 menit hilang timbul. (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 8 jam, maka diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil : - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Diaforesis menurun	- Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus terasa membulat menurun -Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun

- Manajemen Nyeri**
(I.08238) Observasi
- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - Identifikasi skala nyeri
 - Identifikasi respon nyeri non verbal
 - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - Identifikasi

- pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - Monitor asilan keberh terapi komplemen enter yang sudah diberikan
 - Monitor efek samping penggunaan

an anal- getik
Terapeutik

Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	- Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Fungsi berkemih membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik	- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Ansietas b/d kurang terpapar informasi (D.0080)

Tingkat ansietas (L. 09093)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- Verbalisasi kebingungan menurun
- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- Perilaku gelisah menurun
- Perilaku tegang menurun
- Konsentrasi membaik
- Pola tidur membaik

Reduksi ansietas (I. 09314) Observasi

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
 - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
 - Diskusikan kurangi ketegangan
- perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
- Edukasi**
- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
 - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
 - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Latih kegiatan pengalihan untuk men-

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Disfungsi seksual b/d perubahan fungsi tubuh (D. 0069)	Fungsi seksual (L.07055) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, maka fungsi seksual membaik, dengan kriteria hasil: - Kepuasan hubungan seksual meningkat - Verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun - Verbalisasi eksitasi seksual berubah menurun - Verbalisasi peran seksual berubah menurun - Verbalisasi fungsi seksual berubah menurun - Keluhan nyeri saat berhubungan seksual (dispareunia) menurun - Hasrat seksual membaik - Orientasi seksual membaik	- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat antlan-sietas, jika perlu selama 3 x 8 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur
Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (D. 0055)	Maka pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan	

Edukasi**Seksualitas
(I.12477)****Observasi**

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya
- Fasilitasi kesadaran keluarga terhadap anak dan remaja serta pengaruh media

Edukasi

- Jelaskan anatomi dan fisiologi sistem reproduksi laki-laki dan perempuan
- Jelaskan perkembangan seksualitas sepanjang siklus kehidupan
- Jelaskan perkembangan emosi masa anak dan remaja
- Jelaskan pengaruh tekanan kelompok dan sosial terhadap aktivitas seksual

- Jelaskan konsekuensi negatif mengasuh anak pada usia dini (mis: kemiskinan, kehilangan karir dan Pendidikan)
- Jelaskan risiko tertular penyakit menular seksual dan AIDS akibat seks bebas
- Anjurkan orang tua menjadi educator seksualitas bagi anak-anaknya
- Anjurkan anak/remaja tidak melakukan aktivitas seksual di luar nikah
- Ajarkan keterampilan komunikasi asertif untuk menolak tekanan teman sebaya dan sosial dalam aktivitas seksual

Dukungan Tidur (I.05174)**Observasi**

- Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	- Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	- Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi (D.0111)	Status tingkat pengetahuan(L.12111) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x8 jam, maka status tingkat pengetahuanmeningkat, dengan kriteria hasil: - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik - Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan - Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan yang melibatkan tindakan pelaksanaan intervensi keperawatan yang sebenarnya dari keseluruhan rencana asuhan keperawatan. Dikatakan "yang sebenarnya" karena sangat dimungkinkan bahwa tidak semua rencana intervensi keperawatan yang sudah disusun pada tahap sebelumnya, dilakukan sepenuhnya oleh perawat. Hal ini terjadi dapat dikarenakan faktor kondisi pasien yang mengalami perubahan saat hendak dilakukan implementasi keperawatan, atau dapat berkaitan juga dengan fasilitas Kesehatan yang tidak cukup memadai. Tindakan yang dimaksud dapat merupakan tindakan mandiri keperawatan maupun kolaborasi lintas profesi, yang sasarannya untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya (Cahya, dkk, 2023)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, tahapan terakhir dari proses asuhan keperawatan, adalah suatu proses untuk mengukur keberhasilan (tujuan tercapai, tercapai sebagian atau tidak tercapai) dari proses dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien. Untuk pengukuran proses asuhan keperawatan, perawat perlu membandingkan antara kesesuaian antara tujuan intervensi keperawatan terhadap respons yang diberikan oleh klien. Selanjutnya, evaluasi digunakan untuk menjamin kualitas dari pelayanan keperawatan kepada klien

