

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Ketuban Pecah Dini (KPD)**

##### 1. Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan. (Kennedy et al., 2019).

##### 2. Anatomi Fisiologi Ketuban

Anatomi Fisiologi Ketuban menurut (Negara et al., 2017):

###### a. Air ketuban (Liquar Amnio) atau Tiris

Dalam amnio yang diliputi oleh sebagian selaput janin yang terdiri dari lapisan selaput ketuban (amnio) dan selaput pembungkus (chorion) terdapat air ketuban (liquor amnio). Volume air ketuban pada hamil cukup bulan 1000-1500 ml, warna agak keruh, serta mempunyai bau yang khas, agak amis, cairan ini dengan berat jenis 1.007-1.008 terdiri atas 97-98% air, sisanya terdiri atas garam anorganik serta bahan organik dan bila di teliti benar protein ini ditemukan rata-rata 2,6% perliter, sebagian besar sebagai albumin. Warna air ketuban ini menjadi kehijau-hijauan karena tercampur meconium (kotoran pertama yang dikeluarkan bayi dan mengeluarkan empedu).

###### b. Fungsi Air Ketuban

- 1) Melindungi janin terhadap trauma luar
- 2) Memungkinkan janin bergerak dengan bebas
- 3) Melindungi suhu tubuh janin

- 4) Meratakan tekanan didalam uterus pada saat partus, sehingga servik membuka
- 5) Membersihkan jalan lahir jika ketuban pecah dengan cairan steril, dan akan mempengaruhi keadaan di dalam vagina, sehingga bayi tidak mengalami infeksi
- 6) Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum yang kemudian dikeluarkan melalui kencing.

#### c. Fisiologi Selaput Ketuban

Amnion manusia dapat berkembang dari delaminasi sitotrofobulus, ketika amnion membesar perlahan-lahan kantong ini meliputi embrio yang sedang berkembang yang akan *prolaps* kedalam rongganya. Distensi kantong amnion akhirnya mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian didalam ketuban (*interior korion*), dan amnion dekat akhir trimester pertama mengakibatkan kantong tersebut menempel dengan bagian didalam ketuban (*entrior korion*), amnion dan korion walaupun sedikit menempel tidak pernah berhubungan erat dan biasanya dapat dipisahkan dengan mudah bahkan pada waktu *atterm*, amnion normal mempunyai tebal 0.02 sampai 0.5 mm.

### 3. Etiologi Ketuban Pecah Dini

Faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain:  
(Aspiani & Reny, 2017)

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau *curetage*.

c. Tekanan intra uterin yang meningkat secara berlebihan

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:

1) Trauma: saat berhubungan badan, pemeriksaan yang dilakukan saat kehamilan untuk memeriksa sampel air ketuban untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan pada janin (amniosintesis), trauma saat berkendara.

2) Gemelli: Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

d. Kelainan letak

Hubungan kelainan letak dengan adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menepati ruang yang kecil yaitu disegmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah

adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan servik (Arif & Kurnia, 2021).

e. Faktor golongan darah

Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. Inkompatibilitas rhesus jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel-sel darah bayi hancur (Kids Health, 2018).

f. Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih (Arif & Kurnia, 2021).

g. Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah (Arif & Kurnia, 2021).

h. Terdapat sefalopelvik disproporsi yaitu, kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan (Arif & Kurnia, 2021).

#### 4. Tanda Dan Gejala Ketuban Pecah Dini

Tanda dan gejala ketuban pecah dini menurut (Sunarti, 2017):

a. Keluarnya cairan yang berisi meconium.

Cairan dapat keluar saat tidur, duduk, berdiri atau saat berjalan. Cairan berwarna putih, keruh, jernih dan hijau.

b. Demam

Apabila ketuban telah lama pecah dan terjadi infeksi, maka pasien akan demam.

c. Bercak darah vagina yang banyak

Plasenta previa: kondisi ini terjadi apabila plasenta berada di bagian bawah saluran vagina dan menyebabkan jalan lahir bayi terhalang

Pelepasan plasenta: kondisi ini terjadi apabila plasenta terlepas dari dinding uterus sebelum atau pada saat melahirkan dan darah mengumpul di antara plasenta dan uterus.

d. Nyeri perut

Ketuban pecah dini menyebabkan kontraksi yang mengakibatkan nyeri atau kram pada perut.

e. Denyut jantung janin bertambah cepat

DJJ bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi.

#### 5. Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu: (Ernawati, 2020)

a. Ketuban pecah dini atau disebut juga *Premature Rupture of Membrane* atau *Prelabour Rupture of Membrane (PROM)*, adalah pecahnya selaput

ketuban pada saat usia kehamilan *aterm*.

- b. Ketuban pecah *prematum* yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga *Preterm Premature Rupture of Membrane* atau *Preterm Prelabour Rupture of Membrane* (PPROM).

#### 6. Patofisiologi Ketuban Pecah Dini

Mekanisme terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan *premature* servik, lalu kulit ketuban mengalami devaskularisasi. Setelah kulit ketuban mengalami devaskularisasi selanjutnya kulit ketuban mengalami nekrosis sehingga jaringan ikat yang menyangga ketuban makin berkurang, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim yaitu enzim proteolitik dan kolagenase yang diikuti oleh ketuban pecah spontan (Manuaba, 2009).

#### 7. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu: (Sunarti, 2017)

##### a. Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan *post partum*, meningkatnya tindakan *operatif obstetric* (khususnya *sectio caesarea*), meningkatnya angka kematian pada ibu.

##### b. Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin itu

yaitu *prematurnitas* (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati *prematurn*, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, anemia, sepsis, *prolaps funiculli* atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, *prolaps uteri*, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati*, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan, oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), dan meningkatkan angka kematian janin.

#### 8. Penatalaksanaan Medis Ketuban Pecah Dini

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu: (Ratnawati, 2017)

- a. Ketuban pecah dini pada kehamilan *aterm* atau *preterm* dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- b. Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- c. Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- d. Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik.
- e. Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik.
- f. Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis.

- g. Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan.
- h. Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri.
- i. Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5.
- j. Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:

1) Induksi

Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan.

2) Persalinan secara normal/pervaginam

Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi

3) *Sectio caesarea*.

*Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Ketuban Pecah Dini**

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling



berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, Intervensi, implementasi, dan evaluasi. Tahap- tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual *problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2013).

Asuhan keperawatan pada pengkajian ini memakai model keperawatan Dorothea E Orem menurunkan tuntutan *self care* pada tingkat dimana klien dapat memenuhinya, ini berarti menghilangkan *self care deficit*. Pengkajian Dorothea E Orem difokuskan pada: *Universal Self Care Requisite, Developmental Self Care Requisite, Health Deviation Self Care, Nursing System dan Nursing Agency*, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi (Nursalam, 2013).

#### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran atau tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien

Aplikasi pengkajian yaitu :

- a. Pengkajian data dasar (nama, umur, jenis kelamin, status kesehatan, status perkembangan, orientasi sosio-kultural, riwayat diagnostik dan

pengobatan, faktor sistem keluarga); pola hidup; faktor lingkungan

b. Observasi status kesehatan klien untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *self-care defisit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *minimal care, partial care, total care*

c. Pengembangan masalah fisiologis yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan oksigen, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit,, gangguan mengunyah, gangguan menelan, pemenuhan kebutuhan eliminasi atau pergerakan *bowel, urinary, excrements*, menstruasi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat. Secara rinci pengembangan teori dengan masalah fisiologis adalah sebagai berikut :

1) Pemenuhan kebutuhan Oksigen

a) Saluran Pernapasan

(1) Sumbatan pada saluran pernapasan oleh benda asing.

(2) Kelaianan pada saluran pernapasan daaan peningkatan resistensi jalan pernapasan.

b) Pengembanagan kapasitas vital paru

(1) Restraksi paru

(2) Penurunan pengembangan paru

(3) Perubahan jaringan paru terhadap pemenuhan kapasitas vital paru

(4) Keterbatasan ekspansi dada

(5) Pengaruh muskuler dan neuro terhadap pengembangan paru

- c) Ventilasi alveolar optimal
  - (1) Alveoli yang terganggu
  - (2) Penurunan jumlah alveolus
  - (3) Kehilangan alveolus dan kapiler pulmonal
- d) Mempertahankan keseimbangan gas diantara alveolus dan paru
  - (1) Hipoventilasi elveolar
  - (2) Penebalan alveolar dan membran kapiler
  - (3) Rendahnya aliran darah paru terhadap ventilasi
  - (4) Penurunan kapasitas oksigen
- e) Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap saraf sentral
  - (1) Aktifitas ritme otomatis di medula oblongata
  - (2) Reseptor regulasi kimia (kemoreseptor)
- f) Terhentinya pernapasan sementara
  - (1) Kekejangan umum
  - (2) Tangis anak-anak
- g) Tidak ada respirasi
  - (1) Apneu yang muncul pada bayi normal
  - (2) Apneu dengan pasien *preterm*
  - (3) Apneu pada 24 jam pertama
  - (4) Apneu pada penyakit kardiorespiratori
  - (5) Apneu akibat gangguan metabolik
- h) Distres respiratori
  - (1) Ansietas
  - (2) Histeria dan gangguan emosional

- (3) Patologi pada jantung dan paru
- (4) Pernapasan periodik pada bayi *preterm*
- (5) Dispneu dan sianosis pada bayi baru lahir
- i) Penurunan *respiratory rate* dan kapasitas vital
  - (1) Kakeksia
  - (2) Malnutrisi
- j) Peningkatan kerja pernapasan
  - (1) Injuri
- 2) Pemenuhan kebutuhan air/cairan dan makanan/nutrisi
  - a) Keadaan yang berkaitan dengan kebutuhan cairan
    - (1) Kemampuan / ketidak mampuan
    - (2) Kegagalan mengkomunikasikan kebutuhannya
    - (3) Kondisi pemasukan / input asupan nutrisi
  - b) Jenis makanan dan cairan yang tidak disukai dan mempengaruhi
    - (1) Yang berbeda dengan kebiasaan
    - (2) Yang berbeda dari standar
    - (3) Yang bertentangan dengan kondisi individu.
  - c) Kondisi internal dan eksternal pemasukan makanan dan cairan
    - (1) Hal-hal yang perlu diperhatikan
      - (a) Kondisi fisik
      - (b) Stimulasi fisik
      - (c) Perilaku yang tidak biasa
      - (d) Kondisi lingkungan yang mempengaruhi asupan
    - (2) Manfaat asupan cairan makanan

- d) Kondisi natural terkait dengan asupan cairan dan makanan ke dalam mulut
- (1) Status / tingkat perkembangan
  - (2) Abnormalitas pada mulut dan wajah
  - (3) Obstruksi-inflamasi dan lesi pada mulut
  - (4) Pengeluaran sekresi dari mulut dan hidung
  - (5) Kesulitan untuk membuka dan menutup mulut
  - (6) Prosedur pembedahan pada mulut, rahang dan lidah yang mempengaruhi pemasukan cairan dan nutrisi
  - (7) Pertukaran jaringan lunak di mulut
    - (a) Efek dari kekurangan nutrisi dan adanya pembatasan asupan
    - (b) Atropi mukosa mulut pada orang tua sehingga kemampuan merasakan menurun dan adanya sensasi terbakar pada mulut
  - (8) Posisi tubuh yang terganggu pada saat makan dan minum tidak mampu membuka mulut
  - (9) Kondisi gangguan mengunyah
    - (a) Kondisi gigi dan rahang
    - (b) Kondisi otot untuk mengunyah
    - (c) Nyeri saat mengunyah akibat lesi pada jaringan lunak dan tulang
    - (d) Berurangnya jumlah saliva
    - (e) Kebiasaan tidak mengunyah makanan
  - (10) Kondisi dan keadaan gangguan mengunyah
    - (a) Kondisi yang berhubungan dengan berkurangnya jumlah

saliva : Berkurangnya atau tertahannya sekresi saliva, Adanya peradangan, tumor atau gangguan pada kelenjar yang memproduksi saliva.

(b) Kondisi otot lidah dan pipi / wajah yang terganggu

(c) Kurang dalam mengunyah makanan

3) Pemenuhan kebutuhan eliminasi dan ekskresi

a) Perubahan pergerakan *bowel* dan feses

(1) Konstipasi-diare

(2) Perubahan kepadatan, warna dan karakteristik feses

(3) Perubahan integritas *bowel*, fungsi, dan perubahan struktur

b) Perubahan pola urine, dan integritas organ

(1) Perubahan pola urine

(2) Perubahan kualitas dan kuantitas urine

(3) Perubahan struktur dan fungsi integritas organ

c) Perubahan pola keringat

(1) Keringat berkurang

(2) Keringat meningkat

d) Perasaan dan emosi yang mempengaruhi

(1) Ketidaknyamanan atau nyeri

(2) Kecemasan atau ansietas akibat gangguan

e) Tingkah laku selama perawatan

(1) Pergerakan yang sulit

(2) Tidak nyaman atau nyeri pada saat pergerakan

f) Lingkungan

- (1) Jamban
  - (2) Sanitari lingkungan
  - (3) Privasi pada saat BAB dan BAK
  - (4) Berbeda setiap individu
- 4) Aktivitas dan istirahat
- a) Tingkat aktivitas sehari-hari
    - (1) Pola aktivitas sehari-hari
    - (2) Jenis, frekuensi dan lamanya latihan fisik
  - b) Tingkat kelelahan
    - (1) Aktivitas yang membuat lelah
    - (2) Riwayat sesak napas
  - c) Gangguan pergerakan
    - (1) Penyebab gangguan pergerakan
    - (2) Tanda dan gejala
    - (3) Efek dan gangguan pergerakan
  - d) Pemeriksaan fisik
    - (1) Tingkat kesadaran
    - (2) Postur atau bentuk tubuh.
    - (3) Ekstremitas
- 5) Keselamatan dan keamanan
- a) Faktor-faktor yang berhubungan dengan sistem sensori komunikasi pasien seperti adanya perubahan perilaku pasien karena gangguan sensori komunikasi
    - (1) Halusinasi

- (2) Gangguan proses pikir
  - (3) Kelesuan
  - (4) Ilusi
  - (5) Kebosanan dan tidak bergairah
  - (6) Perasaan terasing
  - (7) Kurangnya konsentrasi
  - (8) Kurangnya koordinasi dan keseimbangan
- b) Faktor risiko yang berhubungan dengan keadaan pasien
- (1) Kesadaran menurun
  - (2) Kelemahan fisik
  - (3) Imobillisasi
  - (4) Penggunaan alat bantu

## 2. Diagnosa

- a. Ansietas b.d kondisi kehamilan perinatal (D.0080).
- b. Defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan menemukan sumber informasi (D.0111).
- c. Risiko cedera pada janin berhubungan dengan ketuban pecah sebelum waktunya (D.0138)
- d. Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya) (D.0012)

## 3. Intervensi

Tabel 1. Intervensi Keperawatan Ketuban Pecah Dini

Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI
<b>Ansietas (D.0080)</b> Penyebab : 1. Krisis situasional. 2. Kebutuhan tidak terpenuhi. 3. Krisis maturasional. 4. Ancaman terhadap konsep diri.	<b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir	<b>Terapi Relaksasi I. 09326</b> Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain mengganggu kemampuan



<b>Diagnosa Keperawatan SDKI</b>	<b>Kriteria Hasil SLKI</b>	<b>Intervensi Keperawatan SIKI</b>
5. Ancaman terhadap kematian. 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan. 7. Disfungsi sistem keluarga. 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalahgunaan zat. 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain). 12. Kurang terpapar informasi.	akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Frekuensi pernapasan menurun 9. Frekuensi nadi menurun 10. Tekanan darah menurun 11. Diaforesis menurun 12. Tremor menurun 13. Pucat menurun 14. Konsentrasi membaik 15. Pola tidur membaik	kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Kaji respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman 2. Gunakan nada suara yang lembut Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis, musik, napas dalam, meditasi) 2. Beri saran mengambil posisi nyaman dan rileks 3. Beri saran sering mengulang teknik relaksasi
<b>Defisit pengetahuan (D. 0111)</b> Penyebab: 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	<b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b> 1. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	<b>Edukasi Kesehatan (I. 12383)</b> Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 3. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan Pendidikan kesehatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Ajarkan bagaimana cara senam kaki diabetes
<b>Risiko cedera pada janin (D.0138)</b> Penyebab: Gejala dan tanda mayor Subjektif :- Objektif :- Gejala dan tanda minor Subjektif :- Objektif :- Faktor risiko: 1. besarnya ukuran janin 2. malposisi janin 3. induksi persalinan 4. persalinan lama kala I,II, dan III. 5. Disfungsi uterus 6. Kecemasan yang berlebihan tentang persalinan 7. Riwayat persalianan sebelumnya	<b>Tingkat Cedera (L.14136) hal. 135</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil : 1. Nafsu makan meningkat 2. Perdarahan menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Frekuensi napas membaik	<b>Pemantauan denyut jantung janin (I.02056) hal. 239</b> Observasi 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa denyut jantung janin selama 1 menit 6. Kaji tanda vital ibu Terapeutik 7. Atur posisi pasien 8. Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin

<b>Diagnosa Keperawatan SDKI</b>	<b>Kriteria Hasil SLKI</b>	<b>Intervensi Keperawatan SIKI</b>
8. Usia ibu (<15 tahun atau> 35 tahun) 9. Paritas banyak 10. Efek metode/intervensi bedah selama persalinan 11. Nyeri pada abdomen 12. Nyeri pada jalan lahir 13. Penggunaan alat bantu persalinan 14. Kelelahan 15. Merokok 16. Efek agen farmakologis 17. Pengaruh budaya 18. Pola makan yang tidak sehat 19. Faktor ekonomi 20. Konsumsi alkohol 21. Terpapar agen teratogen Kondisi klinis terkait : 1. Ketuban pecah sebelum waktunya 2. Penyakit penyerta: asma, hipertensi, penyakit menular seksual, AIDS. 3. Masalah kontraksi 4. Efek pengobatan pada ibu	6. Denyut jantung apikal membaik 7. Denyut jantung radialis membaik 8. Pola istirahat/tidur membaik	Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <b>Pengukuran gerakan janin (I.14554) hal. 303</b> Observasi 11. Identifikasi pengetahuan dan kemampuan ibu menghitung gerakan janin 12. Kaji gerakan janin Terapeutik 13. Hitung dan catat gerakan janin (minimal 10 kali gerakan dalam 12 jam) 14. Lakukan pemeriksaan CTG (cardiotocography) untuk mengetahui frekuensi dan keteraturan denyut jantung janin dan kontraksi dalam rahim ibu 15. Catat jumlah pergerakan janin dalam 12 jam perhari 16. Berikan oksigen 2-3 liter/menit jika gerakan janin belum mencapai 10 kali dalam 12 jam Edukasi 17. Jelaskan manfaat menghitung gerakan janin dalam meningkatkan hubungan ibu dan janin 18. Beri saran ibu memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum menghitung gerakan janin 19. Beri saran posisi miring kiri saat menghitung gerakan janin, agar janin dapat memperoleh oksigen dengan optimal dengan meningkatkan sirkulasi fetomaternal 20. Beri saran ibu segera memberitahu perawat jika gerakan janin tidak mencapai 10 kali dalam 12 jam 21. Ajarkan ibu cara menghitung gerakan janin Kolaborasi 22. Kolaborasi dengan tim medis jika ditemukan gawat janin
<b>Risiko Perdarahan (D.0012)</b> <b>Definisi</b> <b>Faktor Risiko:</b>	<b>Status Antepartum (L.07059) hal. 106</b> Setelah dilakukan	<b>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</b> Observasi

<b>Diagnosa Keperawatan SDKI</b>	<b>Kriteria Hasil SLKI</b>	<b>Intervensi Keperawatan SIKI</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma</li> <li>2. Gangguan gastrointestinal (mis. Ulkus lambung, polip, varises)</li> <li>3. Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis)</li> <li>4. Komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abrupsio, kehamilan kembar)</li> <li>5. Komplikasi pasca partum (mis. Atoni uterus, retensi plasenta)</li> <li>6. Gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia)</li> <li>7. Efek agen farmakologis</li> <li>8. Tindakan pembedahan</li> <li>9. Trauma</li> <li>10. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan</li> <li>11. Proses keganasan</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aneurisma</li> <li>2. Koagulopati intravaskuler diseminata</li> <li>3. Sirosis hepatis</li> <li>4. Ulkus lambung</li> <li>5. Varises</li> <li>6. Trombositopenia</li> <li>7. Ketuban pecah sebelum waktunya</li> <li>8. Plasenta previa/abrupsio</li> <li>9. Atonia uterus</li> <li>10. Retensi plasenta</li> <li>11. Tindakan pembedahan</li> <li>12. Kanker</li> <li>13. Trauma</li> </ol>	<p>tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status antepartum membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan pervagina menurun</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Frekuensi nadi nadi membaik</li> <li>4. Frekuensi napas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Kaji hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>4. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>5. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>7. Beri saran meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>8. Beri saran menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>9. Beri saran meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>10. Beri saran segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>12. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ol>

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan spesifik, tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, memfasilitasi koping. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi *independent* (suatu tindakan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk/ perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya). *Dependent* (suatu tindakan dependent berhubungan dengan implementasi rencana tindakan medis, tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan) dan *interdependent* suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk menilai seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan implementasi sudah berhasil dicapai dan menilai keberhasilan proses keperawatan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Tujuannya untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan, sehingga perawat yang mengambil keputusan mengakhiri tindakan, memodifikasi, atau meneruskan intervensi.

Macam- macam evaluasi :

- a. Evaluasi formatif: berfokus pada perubahan aktivitas dari proses keperawatan.

- b. Evaluasi sumatif: berfokus pada perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan berdasarkan SOAP.

### **C. Konsep Teori *Sectio caesarea***

#### 1. Pengertian *Sectio Caesarea*

*Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin melewati sisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2018).

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sagita, 2019).

#### 2. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi bentuk pembedahan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut: (Ramandanty, 2019)

##### a. *Sectio Caesarea* Klasik

*Sectio caesarea* klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak diberi saran untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

##### b. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

*Sectio caesarea transperitonel profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini

dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

*Sectio caesarea* histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

d. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

*Sectio caesarea ekstraperitoneal*, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan diatas bekas sayatan yang lama, tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasis abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstra peritoneum

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Etiologi dari pasien *sectio caesarea* adalah sebagai berikut: (Martowirjo et al., 2018)

a. Etiologi yang berasal dari ibu

- 1) Plasenta previa *centralis* dan *lateralis (posterior)* dan totalis
- 2) Panggul sempit
- 3) Dispori sefalo-pelvik ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul
- 4) Partus lama (*prognoled labor*)
- 5) Ruptur uteri mengancam

- 6) Partus tak maju (*obstructed labor*)
- 7) Distosia servik
- 8) Preeklamsia dan hipertensi
- 9) Disfungsi uterus
- 10) Distosia jaringan lunak
- 11) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin ke pintu atas panggul

b. Etiologi yang berasal dari janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil
- 4) Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil
- 5) Gemelli menurut (EASTMAN, 1897):
  - (a) Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (*shoulder presentation*)
  - (b) Bila terjadi interlok (*locking of the twins*)
  - (c) Distosia oleh karena tumor
  - (d) Gawat janin

4. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Manifestasi klinis pada klien dengan *post sectio caesarea* antara lain:

(Martowirjo et al., 2018)

- a) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b) Terpasang kateter, urine jernih dan pucat

- c) Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d) Bising usus tidak ada
- e) Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f) Balutan abdomen terlihat sedikit noda.
- g) Aliran lochia lemah dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak.

#### 5. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, preeklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (Ramandanty, 2019).

#### 6. Pemeriksaan Diagnostik *Sectio Caesarea*

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada ibu *sectio caesarea* adalah sebagai berikut: (Martowirjo et al., 2018)

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinealisis: menentukan kadar albumin/glukosa.
- d. Pelvimetri: menentukan CPD.
- e. Kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.



- f. Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, posisi, dan presentasi janin.
- g. Amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres: mengkaji respons janin terhadap gerakan/stres dari polakontraksi uterus/pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya :memastikan status janin/aktivitas uterus.

#### 7. Penatalaksanaan Medis *Sectio Caesarea*

Penatalaksanaan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut: (Ramandanty, 2019)

##### a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

##### b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

##### c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi: miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat

dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, hari kedua *post* operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernapas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semifowler*), selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien diberi saran belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian Obat-Obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian atau vitamin C.

#### h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari *post* operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

#### i. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan.

#### j. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari *post* operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

### 8. Komplikasi *Sectio Caesarea*

Komplikasi pada pasien *sectio caesarea* adalah : (S. Agustina, 2020)

#### a. Komplikasi pada ibu

Infeksi *puerperalis*, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi *post* operasi terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri, komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru, suatu komplikasi yang baru kemudian terlihat ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri,

kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea*.

b. Komplikasi-komplikasi lain

Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

c. Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian terlihat ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* klasik.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea***

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada ibu *post* operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut: (Sagita, 2019)

a. Identitas Klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada *post* operasi *sectio caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang

dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta, vasa previa), kelainan tali pusat (prolaps tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), preeklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervagina secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

#### 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat *sectio caesarea* sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti adanya penyakit diabetes melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

#### 3) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

#### 4) Riwayat Obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas *post operasi sectio caesarea* yang lalu.

5) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak

6) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, TBC, diabetes melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien

d. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Aktivitas

Aktivitas klien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah letih, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat tidur dan menyusui

2) Pola Eliminasi

Klien dengan *post* partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya edema, akibat tersebut menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB

3) Pola Istirahat dan Tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur

akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan

4) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya

5) Pola Penanggulangan Stress

Klien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri

6) Pola Sensori Kognitis

Klien merasakan nyeri pada perineum karena adanya luka jahitan akibat *sectio caesarea*

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien mengalami perubahan pada ideal diri

8) Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri ekas jahitan luka *sectio caesarea*

e. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda - Tanda Vital

Apabila terjadi perdarahan pada *post partum* tekana darah turun, nadi cepat, pernapasan meningkat, suhu tubuh turun

2) Kepala

a) Rambut

Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan

b) Mata

Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva,

dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning

c) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

d) Hidung

Adanya polip atau tidak dan apabila pada *post partum* kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

e) Mulut dan Gigi

Mulut bersih atau kotor, mukosa bibir kering atau lembab

3) Leher

Saat dipalpasi ditemukan ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid

4) Thorax

a) Payudara

Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancar dan banyak keluar

b) Paru-Paru

Inspeksi : Simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.

Palpasi : Ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa

Perkusi : Redup / sonor

Auskultasi : Suara napas Vesikuler / ronkhi / wheezing



## c) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis teraba / tidak

Palpasi : Ictus cordis teraba / tidak

Perkusi : Redup atau timpani

Auskultasi : Bunyi jantung lup dup

## 5) Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka jahitan *post op* ditutupi verban, adanya striae gravidarum

Palpasi : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek atau keras

Perkusi : Redup

Auskultasi : Bising usus

## 6) Genetalia

Pengeluaran darah bercampur lendir, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak

## 7) Ekstremitas

Pemeriksaan edema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena preeklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- c. Risiko Infeksi (D.0142)
- d. Risiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036)

e. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

f. Defisit perawatan diri (D.0109)

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. Intervensi Keperawatan *Sectio Caesarea*

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
<p>Nyeri akut (D.0077) Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedra kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencidra fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p>Tingkat nyeri menurun (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Kaji keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Kaji efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Tens, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>11. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>16. Beri saran mekaji nyri secara mandiri</li> <li>17. Beri saran menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p>Pemberian analgetik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)</li> <li>2. Identifikasi riwayat alergi obat</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
		3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau nsaid) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Kaji tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Kaji efektivitas analgesik <b>Terapeutik</b> 6. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu 7. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 8. Tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien 9. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan  <b>Edukasi</b> 10. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <b>Kolaborasi</b> 11. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)  <b>Penyebab</b> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan	Mobilitas fisik (L.05042) 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (rom) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun  Pemulihan pasca bedah (L.14129) <b>Kriteria hasil</b> 1. Kenyamanan meningkat 2. Selera makan meningkat 3. Mobilitas meningkat 4. Kemampuan melanjutkan pekerjaan meningkat 5. Kemampuan bekerja meningkat 6. Kemampuan perawatan diri	<b>Dukungan ambulasi (1.06171)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Kaji frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Kaji kondisi umum selama melakukan ambulasi <b>Terapeutik</b> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <b>Edukasi</b> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Beri saran melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)  <b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Kaji frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Kaji kondisi umum selama melakukan

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI</b>	<b>KRITERIA HASIL SLKI</b>	<b>INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI</b>
<p>21. Gangguan sensoripersepsi</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> <li>2. Rentang gerak (rom) menurun</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p>objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ol>	<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Waktu penyembuhan menurun</li> <li>8. Area luka operasi membaik</li> </ol>	<p>mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Beri saran melakukan mobilisasi dini</li> </ol>
<p>Risiko infeksi (D.0142)</p> <p>Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis</li> <li>2. Efek prosedur infasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh perifer :</li> <li>a. Gangguan peristaltik</li> <li>b. Kerusakan integritas kulit</li> <li>c. Perubahan sekresi ph</li> <li>d. Penurunan kerja siliaris</li> <li>e. Ketuban pecah lama</li> <li>f. Ketuban pecah sebelum waktunya</li> <li>g. Merokok</li> <li>h. Statis cairan tubuh</li> <li>6. Ketidakadekuatan pertahan tubuh sekunder</li> <li>a. Penuruna hemoglobin</li> <li>b. Imunosupresi</li> <li>c. Leukopenia</li> <li>d. Supresi respon inflamasi</li> <li>e. Faksinasi tidak adekuat</li> </ol>	<p>Tingkat infeksi menurun (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Demam menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Bengkak menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi ( I.14539 )</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik</li> </ol> <p>Thereapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</li> <li>3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Ajarkan cara mencuci tangan dnegan benar</li> <li>6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi</li> <li>7. Beri saran meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</li> </ol> <p>Perawatan luka ( I.14564 )</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kaji karakteristik luka (warna, ukuran, bau, drainase)</li> <li>9. Kaji tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Therapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plestrer secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan nacl/ pembersih non toksik sesuai kebutuhan</li> <li>3. Berikan salep salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu</li> <li>4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
		5. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kebutuhan Edukasi 6. Beri saran mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 7. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
Dx. 6 : Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)  Faktor risiko 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar 4. Apheresis 5. Asites 6. Obstruksi intestinal 7. Peradangan pankreas 8. Penyakit ginjal dan kelenjar 9. Disfungsi intestinal	Keseimbangan cairan meningkat (L.03021) 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urine meningkat 3. Kelembapan membran mukosa meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Denyut nadi radial membaik 8. Mata cekung membaik 9. Turgor kulit membaik	Manajemen cairan (I.03098) Observasi 1. Kaji status hidrasi ( mis, frek nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Kaji berat badan harian 3. Kaji hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, na, k, cl, berat jenis urine , bun) 4. Kaji status hemodinamik ( mis. Map, cvp, pcwp jika tersedia) Terapeutik 5. Catat intake output dan hitung balans cairan dalam 24 jam 6. Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan 7. Berikan cairan intravena bila perlu Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu Pemantauan cairan (I.03121) Observasi 1. Kaji frekuensi dan kekuatan nadi 2. Kaji frekuensi napas 3. Kaji tekanan darah 4. Kaji berat badan 5. Kaji waktu pengisian kapiler 6. Kaji elastisitas atau turgor kulit 7. Kaji jumlah, waktu dan berat jenis urine 8. Kaji kadar albumin dan protein total 9. Kaji hasil pemeriksaan serum (mis. Osmolaritas serum, hematocrit, natrium, kalium, bun) 10. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) 11. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia 9mis. Dyspnea, edema perifer, edema anasarka, jvp meningkat, cvp meningkat, refleks hepatojogular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi factor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis,

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
		<p>obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>13. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>14. Dokumentasi hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>15. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>16. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
<p>Intoleransi aktivitas (D.0056)</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</li> <li>2. Tirah baring</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Imobilitas</li> <li>5. Gaya hidup monoton</li> </ol>	<p>Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Keluhan keluhan lelah menurun</li> <li>3. Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>4. Dispnea setelah aktifitas menurun</li> </ol>	<p>Manajemen energi (I. 05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Kaji kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Kaji pola dan jam tidur</li> <li>4. Kaji lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>6. Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>8. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Beri saran tirah baring</li> <li>10. Beri saran melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>11. Beri saran menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p>Terapi aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi deficit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. Bekerja) dan waktu luang</li> <li>6. Kaji respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami</li> <li>8. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
		<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social</li> <li>10. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>11. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>12. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai</li> <li>13. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih</li> <li>14. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan</li> <li>15. Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy, atau gerak</li> <li>16. Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</li> <li>17. Tingkatkan aktivitas fisik untuk memelihara berat badan, jika sesuai</li> <li>18. Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</li> <li>19. Fasilitasi aktivitas dengan komponen memori implicit dan emosional (mis. Kegiatan keagamaan khusus) untuk pasien dimensia, jika sesuai</li> <li>20. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif</li> <li>21. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi dan diversifikasi untuk menurunkan kecemasan ( mis. Vocal group, bola voli, tenis meja, jogging, berenang, tugas sederhana, permainan sederhana, tugas rutin, tugas rumah tangga, perawatan diri, dan teka-teki dan kart)</li> <li>22. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</li> <li>23. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri</li> <li>24. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</li> <li>25. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari</li> <li>26. Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>27. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu</li> <li>28. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>29. Beri saran melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif, dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>30. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai</li> <li>31. Beri saran keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN SDKI	KRITERIA HASIL SLKI	INTERVENSI KEPERAWATAN SIKI
		aktivitas Kolaborasi 32. Kolaborasi dengan terapi okupasi dalam merencanakan dan mengkaji program aktivitas, jika sesuai 33. Rujuk pada pusat atau program aktivitas komunitas, jika perlu
Defisit perawatan diri (D.0109)  Penyebab 1. Gangguan musculoskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik 5. Penurunan motivasi/minat Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif 2. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang  Gejala dan tanda minor Subjektif (tidak tersedia) Objektif (tidak tersedia)  Kondisi klinis terkait 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Depresi 4. Arthritis rheumatoid 5. Retardasi mental 6. Delirium 7. Demensia 8. Gangguan amnestic 9. Skizofrenia dan gangguan psikotik lain 10. Fungsi penilaian terganggu	Perawatan diri meningkat (L.11103) : 1. Kemampuan mand meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (bab/bak) meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Kaji tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan mandi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Beri saran melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan



#### 4. Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing* order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, memfasilitasi coping. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi *independent* (suatu tindakan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk/ perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya). *Dependent* (suatu tindakan dependent berhubungan dengan implementasi rencana tindakan medis, tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan) dan *interdependent* suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk menilai seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan implementasi sudah berhasil dicapai dan menilai keberhasilan proses keperawatan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Tujuannya untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan, sehingga perawat yang mengambil keputusan mengakhiri tindakan, memodifikasi, atau meneruskan intervensi.

Macam- macam evaluasi :

- a. Evaluasi formatif: berfokus pada perubahan aktivitas dari proses keperawatan.
- b. Evaluasi sumatif: berfokus pada perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan berdasarkan SOAP.

## **E. Konsep Dasar Anemia**

### **1. Pengertian Anemia**

Anemia sebagai keadaan bahwa level hemoglobin rendah karena kondisi patologis, anemia adalah berkurangnya kadar eritrosit (sel darah merah) dan kadar hemoglobin (Hb) dalam setiap millimeter kubik darah dalam tubuh manusia. Hampir semua gangguan pada sistem peredaran darah disertai dengan anemia yang ditandai dengan warna keputihan pada tubuh, penurunan kerja fisik dan penurunan daya tahan tubuh (Nursalam, 2010 dalam (Damayanti, 2018).

Hemoglobin adalah protein yang kaya akan zat besi, mempunyai gaya gabung terhadap oksigen dan dengan oksigen itu membentuk oxihemoglobin di dalam sel darah merah, dengan fungsi ini maka oksigen dibawa dari paru-paru ke jaringan tubuh. Hemoglobin terdapat dalam sel-sel darah merah dan merupakan pigmen pemberi warna merah sekaligus pembawa oksigen dari paru-paru ke seluruh sel-sel tubuh, setiap orang harus memiliki sekitar 15 gram hemoglobin per 100 ml darah dan jumlah darah sekitar lima juta sel darah merah per milimeter darah. Hemoglobin dapat diukur secara kimia dan jumlah Hb/100 ml darah dapat digunakan sebagai indek kapasitas pembawa oksigen pada darah (Evelyn, 2009).

## 2. Klasifikasi Anemia

Klasifikasi anemia adalah sebagai berikut: (Prawirohardjo, 2016).

- a. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya mineral fe. Kekurangan ini dapat disebabkan karena kurang masuknya unsur besi dengan makanan, karena gangguan absorpsi atau terpantau banyaknya besi keluar dari tubuh, misalnya pada pendarahan.
- b. Anemia megaloblastik adalah anemia yang disebabkan oleh defisiensi asam folat, jarang sekali karena defisiensi vitamin B12, anemia ini sering ditemukan pada wanita yang jarang mengonsumsi sayuran hijau segar atau makanan dengan protein hewani tinggi.
- c. Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.
- d. Anemia hipoplastik dan aplastik adalah anemia yang disebabkan karena sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah yang baru.

## 3. Etiologi Anemia

Anemia dapat diakibatkan oleh defisiensi zat besi, infeksi atau gangguan genetik, yang paling sering terjadi adalah anemia yang disebabkan oleh kekurangan asupan zat besi. Kehilangan darah yang cukup banyak seperti saat menstruasi, kecelakaan, operasi dan donor darah berlebihan juga dapat menghilangkan zat besi dalam tubuh. Kehilangan darah secara perlahan-lahan di dalam tubuh, seperti ulserasi polip kolon dan kanker kolon juga dapat menyebabkan anemia (Briawan et al., 2014).

#### 4. Tanda dan Gejala Anemia

Tanda dan gejala anemia adalah: (Aulia, 2018)

- a. Mudah lelah
- b. Kulit pucat
- c. Sering gemetar
- d. Lesu, lemah, letih, lelah dan lunglai (5 L)
- e. Sering pusing dan mata berkunang-kunang
- f. Gejala lebih lanjut adalah kelopak mata, bibir, lidah dan telapak tangan tampak pucat
- g. Anemia yang parah (kurang dari 6 gr%) dapat menyebabkan nyeri

#### 5. Pencegahan

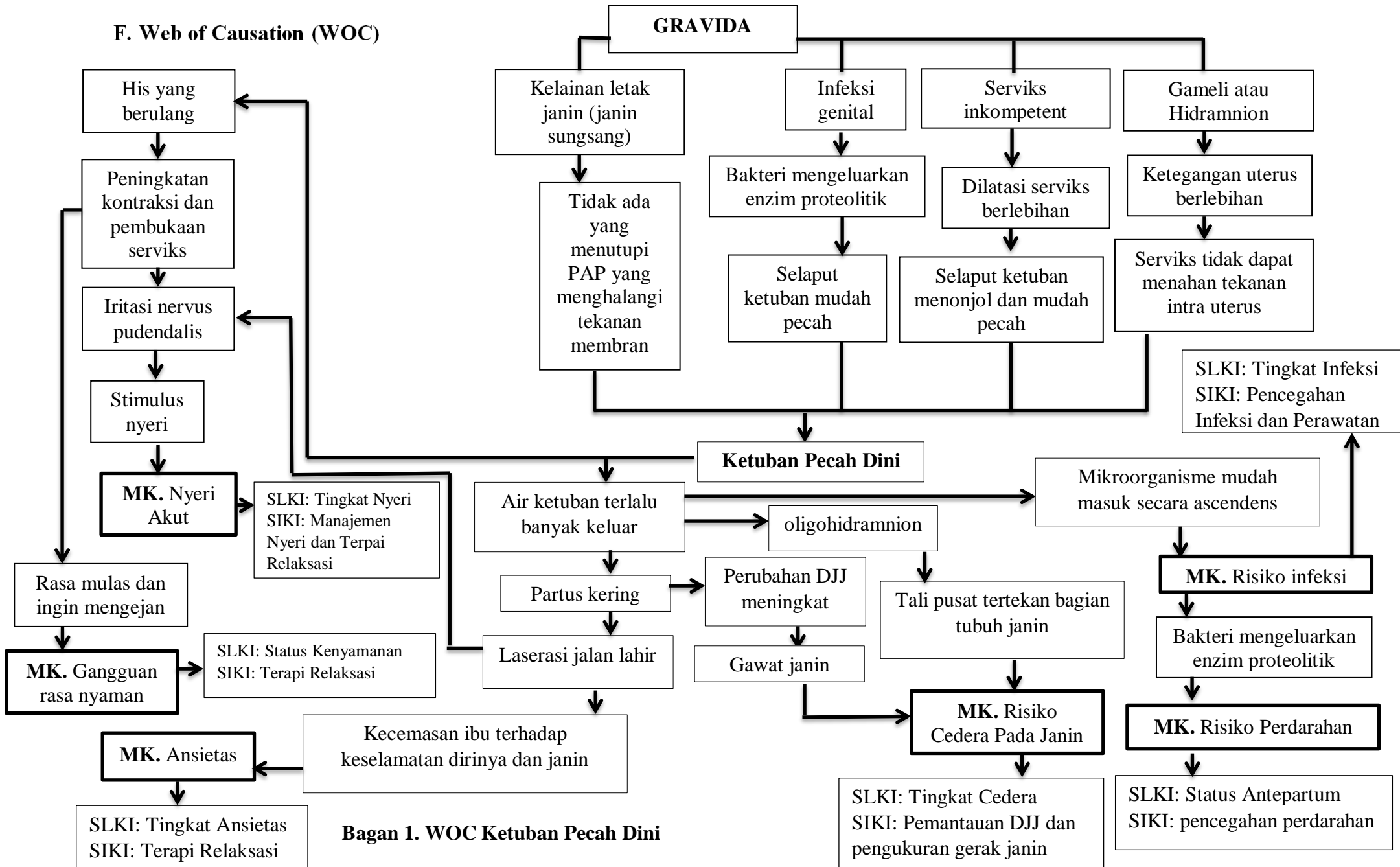
Cara mencegah dan mengobati anemia adalah: (Damayanti, 2018).

- a. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi.
- b. Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati dan telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe).

Menambah pemasukan zat besi ke dalam tubuh dengan minum Tablet Tambah Darah (TTD).

- c. Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.

F. Web of Causation (WOC)



Bagan 1. WOC Ketuban Pecah Dini

Bagan 2. WOC  *Sectio Caesarea*

