

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea

Sectio caesarea berasal dari bahasa latin “*caedere*” yang berarti memotong atau menyayat. Istilah itu disebut dalam ilmu *obstetrik* mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut ibu (Anggorowati, & Sudiharjani, 2018)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Mahayati, 2021)

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Mahayati, 2021)

2.1.2 Etiologi

Etiologi operasi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut :

1) Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari Ibu yaitu pada *primigravida* dengan kelainan letak, *primipara* tua disertai kelainan letak, ada

disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, *placenta previa* terutama pada *primigravida*, *solutio placenta* tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu *preeklamsi-eklamsia*, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (*kista ovarium*, *mioma uteri*, dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. (Nurarif, A H. dan Kusuma, 2016)

2.1.3 Klasifikasi

Menurut (Manuaba I. B. G., 2012) menyatakan bentuk pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi, yaitu:

1) *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 dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui *vagina* apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

2) *Sectio caesarea transperitonel*

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.

3) *Sectio caesarea histerektomi*

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

4) *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Sectio caesarea ekstraperitoneal, yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectiocaesarea*. Dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan *insisi* dinding dan *faisa abdomen* sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara *ekstraperitoneum*.

Sectio caesarea berdasarkan tingkatan urgensi dibagi menjadi: (Bastonand Hall, 2016)

- 1) *Emergency; sectio caesarea* dimana adanya ancaman langsung terhadap nyawa sang ibu maupun janin.
- 2) *Urgent; sectio caesarea* di mana ada masalah bagi ibu dan janin, yang tidak langsung mengancam jiwa.
- 3) *Scheduled; sectio caesarea* dimana bila tidak ada masalah dengan janin atau ibu dan situasinya membutuhkan persalinan

cepat.

- 4) *Elective ; Sectio caesarea* yang dilakukan jika atas ketersediaan ibu dan tim persalinan yang sudah siap.

2.1.4 Indikasi Sectio Caesarea

Indikasi *sectio caesarea* Menurut (Sung & Mahdy, 2020)

menyatakan

- 1) indikasi Ibu untuk melakukan operasi *caesar* yakni sebagai berikut:
 - a) Persalinan sesar sebelumnya
 - b) Permintaan Ibu
 - c) *Deformitas panggul* atau *disproporsi sefalopelvis*
 - d) Trauma *perineum* sebelumnya
 - e) Sebelumnya operasi *rekonstruksi panggul* atau *anal / rektal*
 - f) *Herpes simpleks* atau *infeksi HIV*
 - g) Penyakit jantung atau paru
 - h) *Aneurisma serebral* atau *malformasi arteriovenosa*
 - i) Patologi yang membutuhkan pembedahan *intra abdominal* secara bersamaan
 - j) *Sesar perimortem*
- 2) Berdasarkan indikasi uterine/anatomis untuk operasi caesar yakni sebagai berikut :
 - a) *Plasenta abnormal* (seperti *plasenta previa*, *plasenta akreta*)
 - b) *Solusio plasenta*

- c) Riwayat *histerotomi klasik*
 - d) *Miomektomi* ketebalan penuh sebelumnya
 - e) Riwayat *dehiscence insisi uterus*
 - f) Kanker *serviks invasif*
 - g) *Trakelektomi* sebelumnya
 - h) *Massa obstruktif saluran genital*
 - i) *Cerclage permanen*
- 3) Berdasarkan indikasi janin untuk operasi caesar yakni sebagai berikut:
- a) Status janin yang tidak meyakinkan (seperti pemeriksaan *doppler* tali pusat *abnormal*) atau detak jantung janin yang *abnormal*
 - b) *Prolaps tali pusat*
 - c) Gagal melahirkan *pervaginam operatif*
 - d) *Malpresentation*
 - e) *Makrosomia*
 - f) *Anomali kongenital*
 - g) *Trombositopenia*
 - h) Trauma kelahiran *neonatal* sebelumnya

2.1.5 Kontraindikasi Sectio Caesarea

Menurut (Sung & Mahdy, 2020) menyatakan berikut merupakan hal yang menjadi kontraindikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea*, yaitu:

- 1) Janin mati
- 2) *Anemia berat*
- 3) Kelainan *kongenital berat*
- 4) *Infeksi piogenik* pada dinding abdomen
- 5) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea*

Selain itu juga adapun kontraindikasi *sectio caesarea*, meliputi janin dalam keadaan mati, Ibu hamil dengan syok, *anemia* hebat sebelum diatasi, dan kelainan *kongenital* (Manuaba I. B. G., 2012).

Sedangkan menurut (Pulungan. P. W. et al., 2020) menyatakan kontraindikasi *sectio caesarea* disebabkan beberapa keadaan antara lain: janin mati, terlalu *prematur* untuk bertahan hidup, ada infeksi pada dinding *abdomen*, *anemia berat* yang belum diatasi, *kelainan kongenital*, tidak ada atau kurang sarana/fasilitas serta kemampuan

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Pulungan. P. W. et al., 2020) menyebutkan beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena *atonia uteri*, pelebaran *insisi uterus*, kesulitan mengeluarkan *plasenta*, *hematoma ligamentum latum (broad ligament)*. Selain itu infeksi pada *traktus genitalia*, pada *insisi*, *traktrus urinaria*, pada paru-paru dan *traktus respiratorius* atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

2.2 Konsep Dasar *Pre eklampsia*

2.2.1 Pengertian *Pre eklampsia*

Pre eklampsia merupakan salah satu klasifikasi yang termasuk kedalam *hipertensi* dalam kehamilan. *Pre eklampsia* adalah peningkatan tekanan darah mencapai $\geq 140/90$ mmHg dan ditemukan adanya *proteinuria* yang terjadi setelah usiakehamilan 20 minggu (Rahayu et al., 2022)

Preeklampsia adalah penyakit dengan tanda hipertensi, adanya protein dalam *urin* (*proteinuria*), dan *edema* yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini dapat terjadi dalam trimester ke tiga pada kehamilan dan tidak dipungkiri dapat terjadi sebelum trimester ketiga. *Preeklampsia* merupakan suatu penyakit yang langsung diakibatkan oleh kehamilan, ditandai dengan hipertensi dan protein urin setelahkehamilan 20 minggu (Pangesti' et al., 2021)

2.2.2 Etiologi *Preeklampsia*

Etiologi *preeklampsia* sampai saat ini belum jelas, namun dipercaya disebabkan adanya gangguan fungsi *sel endotel* akibat *stres oksidatif* baik di *plasenta* maupun di *sirkulasi sistemik*. Hasil riset terdahulu yang telah dilakukan diketahui bahwa respons tubuh untuk mengatasi *stres oksidatif* pada *plasenta* tidak optimal, sehingga bayi yang dilahirkan oleh penderita 25% dengan berat lahir rendah (Subakir. dkk., 2018)

2.2.3 Klasifikasi

Klasifikasi *preeklampsia* dibagi menjadi dua golongan yaitu *preeklampsia* ringan dan *preeklampsia* berat.

- 1) *Preeklampsia* ringan di tandai dengan pertambahan berat badan, *edema* umum di kaki dan muka, *hipertensi* dengan tekanan darah lebih atau sama dengan 140/90 mmHg setelah *gestasi* 20 minggu, *proteinuria* lebih atau sama dengan 300 mg per liter dan 1+ atau 2+ pada *dipstick*, dan belum ditemukan gejala-gejala subyektif.
- 2) *Preeklampsia* berat ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolic ≥ 110 mmHg, *proteinuria* 2 gram per liter atau $\geq 2+$ pada *dipstick*, ada keterlibatan organ lain seperti trombositopeni < 100.000 , *oliguria* < 400 ml/24 jam, *kreatinin serum* $> 1,2$ mg/dl, nyeri *epigastrium* peningkatan SGPT dan SGOT, *edema pulmonum*, sakit kepala di daerah *frontal*, *diplopia* dan pandangan kabur, serta perdarahan *retina* (Indah, 2016)

2.2.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala *preeklampsia* dibedakan menjadi duamacam yaitu

- 1) Berdasarkan gambaran klinik
 - a) Berat badan yang berlebihan
 - b) *Edema*,
 - c) *Hipertensi*,
 - d) *Proteinuria*

2) Berdasarkan gejala subyektif

- a) Sakit kepala di daerah *frontal*,
- b) *Nyeri epigastrium*,
- c) Gangguan visus: penglihatan kabur, *skotoma*, *diplopia*, mual, muntah
- d) Gangguan *serebral* lainnya: reflek meningkat dan tidak tenang. (Indah, 2016)

2.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Lalenoh, 2018) pemeriksaan penunjang *preeklampsia* adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan darah lengkap, *hemoglobin* menurun kadar normal *Hb* pada ibu yang sedang hamil adalah 12-14 gram%, peningkatan *hematokrit* (dengan nilai 37-43 vol%), dan *trombosit* mengalami penurunan (dengan nilai 150.000-450.000/mm³)
- 2) Tes *urin*, yang ditemukan *proteinuria*
- 3) Tes fungsi hati, bilirubin mengalami peningkatan (yang normalnya <1 mg/dl), *Serum Glutamat Piruvat Transaminase* (SGPT) mengalami peningkatan dari nilai normal (N= 15-45 u/ml), *Aspartat . Aminotransferase* (AST) >60ul, SGOT juga mengalami peningkatan (N=<31 u/l), maka total protein serum menurun (N=6,7-8,7 g/dl)

4) Tes asam urat, peningkatan asam urat (N= 2,4-2,7 mg/dl)

5) Radiologi

- a) *Ultrasonografi*, adanya perlambatan pertumbuhan janin *intrauterine*, *respirasi intrauterine* melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.
- b) *Kardiografi*, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan

2.2.6 Komplikasi

Menurut hasil (Annafi, M. I., Jumsa, M. R., & Budyono, 2022) menunjukkan bahwa komplikasi yang dapat ditimbulkan akibat preeklampsia, yaitu :

1) Sindrom *HELLP*

Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan *HELLP*, adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit. Gejala yang timbul pusing, muntah, sakit kepala dan sakit perut bagian atas

2) *Eklampsia*

Preeklampsia jika tidak dikontrol, maka akan terjadi *eklampsia*. *Eklampsia* menyebabkan terjadinya kerusakan yang permanen pada organ klien, seperti hati, dan ginjal. *Eklampsia* yang parah menimbulkan ibu mengalami *koma*, kerusakan pada otak dan menyebabkan kematian yang gagal.

3) *Edema paru*

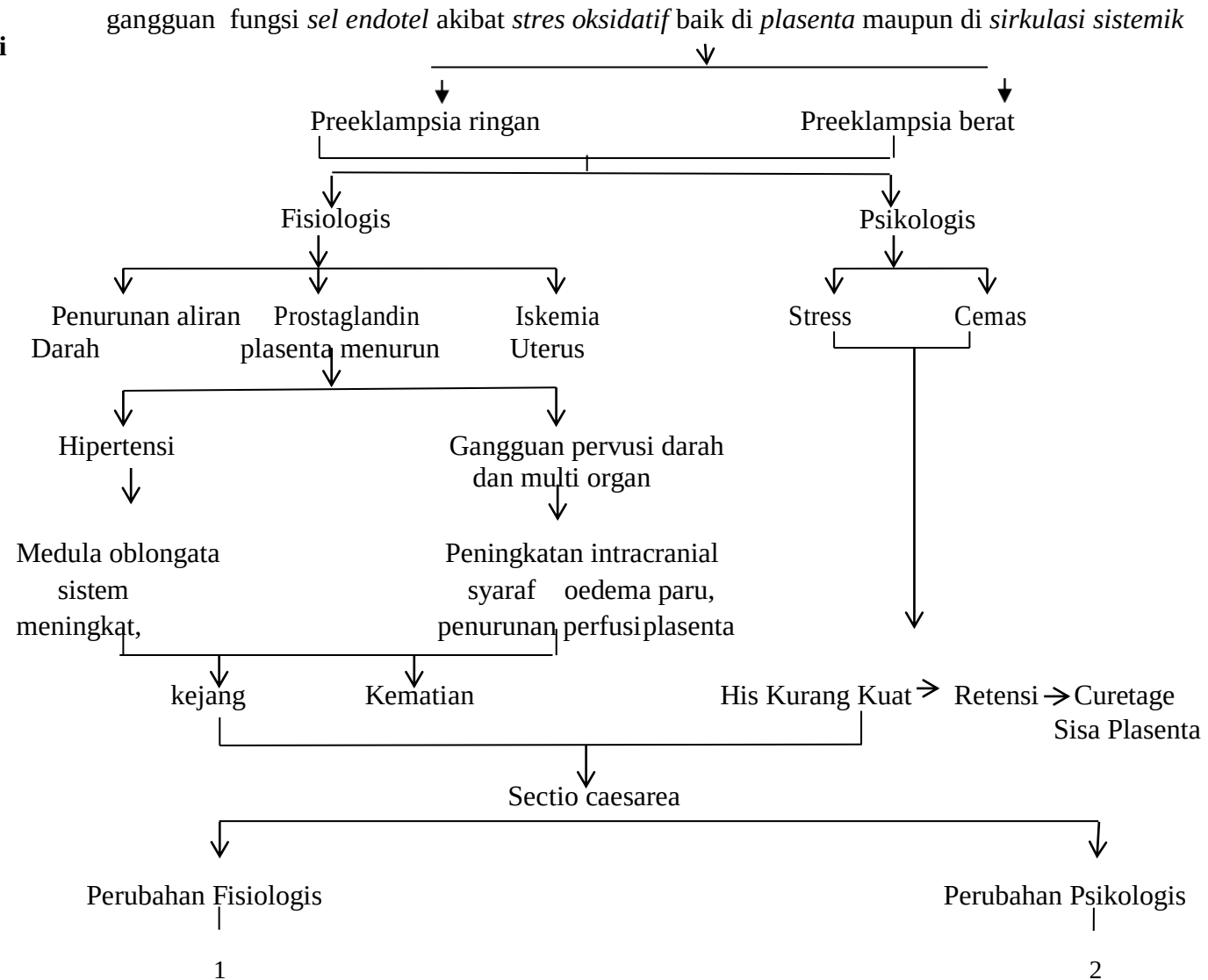
4) Gagal ginjal akut

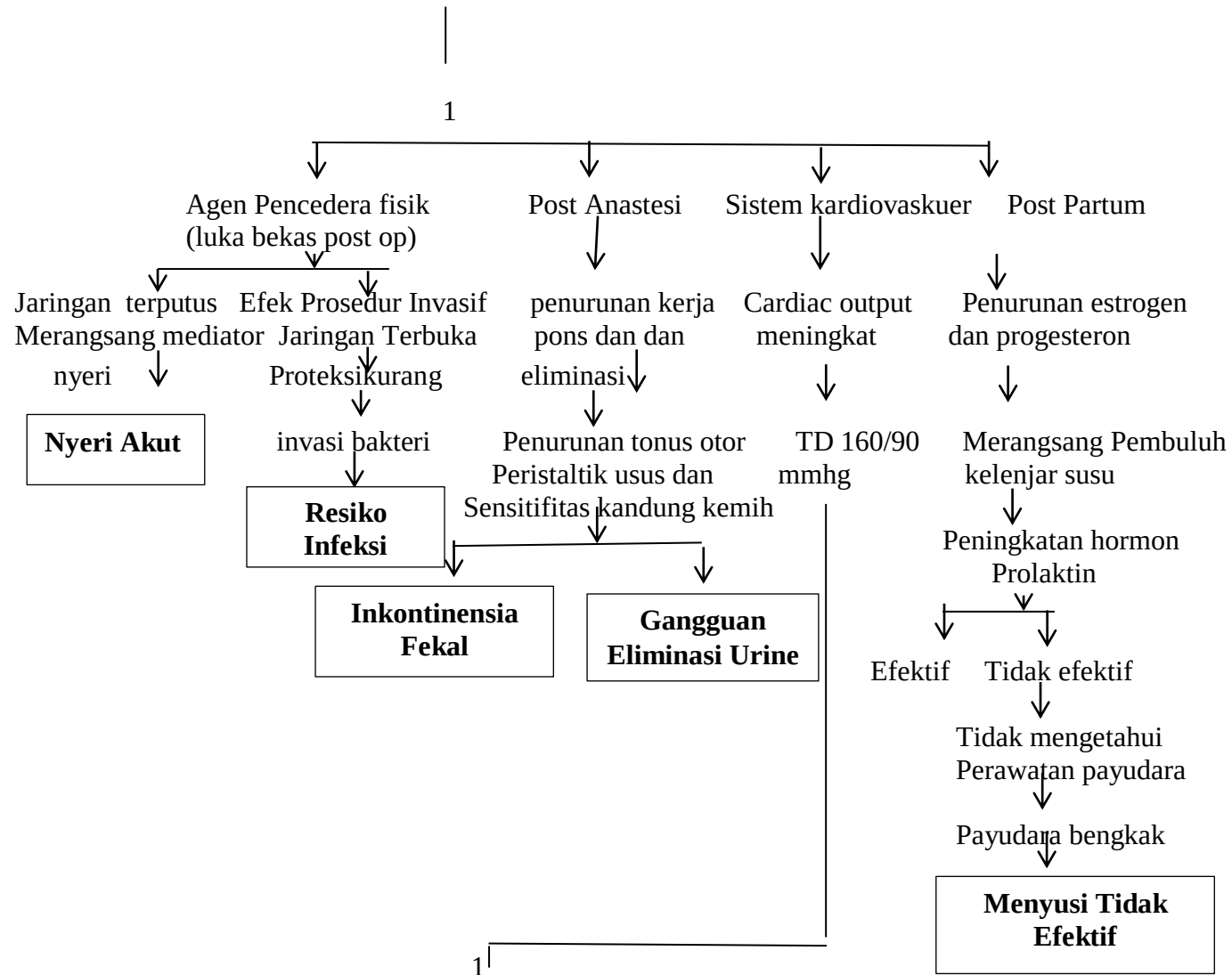
5) *Solusio plasenta*

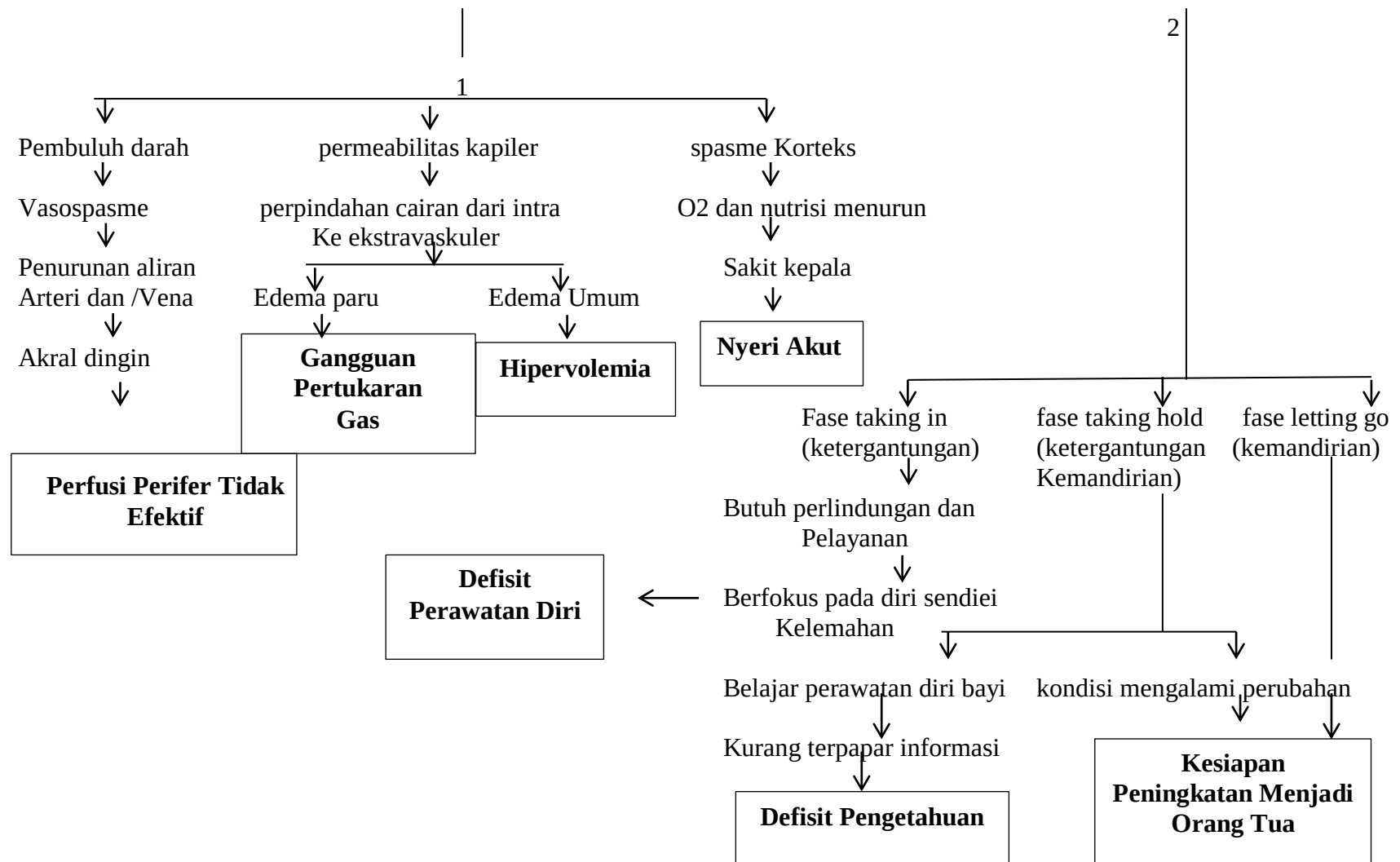
Resiko terlepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum ibu melahirkan salah satunya yaitu akibat dari *preeklamsia* yang meningkatkan terjadinya resiko yang mengakibatkan pendarahan sehingga dapat mengancam ibu dan bayi.

Gambar 2 1 Patofisiologi

2.1 Patofisiologi







Amin Hadi aplikasi Nanda NIC NOC 2012-2014

2.3 Uraian

Etiologi *preeklamsia* sampai saat ini belum jelas, namun dipercaya disebabkan adanya gangguan fungsi *sel endotel* akibat *stres oksidatif* baik di *plasenta* maupun di *sirkulasi sistemik*. *Preeklamsia* dibagi menjadi dua yaitu *preeklamsia ringan* dan *berat*. Ibu dengan *Preeklamsia* dapat disebabkan oleh dua faktor utama yaitu faktor Fisiologis dan faktor Psikologis. Faktor fisiologis meliputi, penurunan aliran darah, *prostaglandin plasenta* menurun dan *iskemia uterus*. Pada *prostaglandin* yang mengalami penurunan menunjukkan adanya *hipertensi* yang menyebabkan *medula oblongata* sistem syaraf meningkat, selain *hipertensi* juga terdapat gangguan *pervusi* darah dan multi organ yang disebabkan oleh peningkatan *intracranial oedema paru*, dan penurunan *perfusi plasenta*, sehingga keduanya dapat terjadi kejang pada ibu, bahkan menjadi kematian. Selain itu dari faktor psikologis sendiri ibu dengan *preeklamsia berat* (PEB) akan mengalami stress dan kecemasan dan keawatiran yang mengakibatkan ibu menjadi kurang kuat saat mengejan pada saat melahirkan, sehingga menyebabkan *retensi sisa plasenta* di dalam *uterus* dan harus dilakukan tindakan *curetage*. Oleh karena ibu yang kurang kuat saat mengejan dan bisa membahayakan nyawa ibu maka persalinan dibantu dengan tindakan persalinan *sectio caesarea*. Persalinan dengan cara *sectio caesarea* akan terjadi perubahan Fisiologis dan Psikologis. Perubahan fisiologis ibu yang di *sectio caesarea* terdapat Agen pencedera fisik (*luka post operasi*), yang akan terjadi dua kemungkinan jika jaringan terputus akan merangsang *mediator nyeri*

sehingga menimbulkan masalah keperawatan **Nyeri Akut** yang mengakibatkan gangguan *mobilisasi*. Jika jaringan terbuka bekas tindakan invasif mengakibatkan post d'entry kuman , sehingga terjadi invasi bakteri yang akan menimbulkan masalah keperawatan **Resiko Infeksi**.

Selanjutnya ibu yang di *sectio caesarea* mengalami *post anestesi* akan terjadi penurunan kerja *pons* akibat otot eliminasi juga menurun. Jika terjadi penurunan tonus otot peristaltik usus ini bisa menimbulkan masalah keperawatan **Inkontinensia Fekal** dan jika terjadi penurunan sensitifitas kandung kemih akan mengakibatkan masalah keperawatan **Gangguan Eliminasi Urine**. Pada sistem endokrin terjadi penurunan hormon estrogen yang menyebabkan peningkatan prolaktin yang menimbulkan efek pada ASI yang apabila tidak mengetahui perawatan payudara yang benar menyebabkan payudara bengkak dan **Menyusui Tidak Efektif**. Hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan di tandai dengan berbagai gangguan pada sistem kardiovaskuler yang mengakibatkan *cardiac output* meningkat dengan menunjukkan tekanan darah 160/90 mmHg, *permeabilitas kapiler*, *spasme korteks serebral*, *vasospasme ginjal*, dan jantung. Gangguan pada pembuluh darah yaitu pembuluh darah mengalami *vasospasme*, penurunan aliran arteri dan / *vena* dan dapat mengakibatkan akral dingin sehingga muncul masalah keperawatan **Perfusi Perifer Tidak Efektif** . Gangguan pada *permeabilitas kapiler* adalah perpindahan cairan dari intravaskuler ke *ekstravaskuler* dan gangguan aliran balik vena maka terjadi edema umum dan edema paru sehingga muncul masalah keperawatan **Hipovolemia** dan **gangguan pertukaran gas**. Gangguan pada *spasme korteks serebral* di

karenakan oksigen dan nutrisi di dalam tubuh berkurang, akan terjadi sakit kepala pada ibu sehingga akan muncul masalah keperawatan **Nyeri Akut**. *Post partum* nifas juga terjadi perubahan psikologis dimana ibu menyesuaikan diri kembali ke kondisi semula sebelum hamil yang harus dilalui oleh ibu meliputi fase *taking in* (ketergantungan), yang timbul pada hari 1-2 dimana ibubutuh perlindungan dan pelayanan, pasif dan berfokus pada diri sendiri dan lemas, kelemahan yang akan muncul masalah keperawatan **Defisit Perawatan Diri**. Jika ibu tidak terpapar informasi maka timbul masalah keperawatan **Defisit Pengetahuan**. Fase selanjutnya ada fase *taking hold* (ketergantungan kemandirian) dan fase *letting go* (kemandirian) maka muncul **Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang tua**

2.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan preeklampsia menurut (Manajemen & Tata.Pdf, n.d.)

1) Tatalaksana Jangka Pendek

Meliputi upaya pencegahan komplikasi ibu dan bayi, persalinan dan mengatasi kondisi kegawat daruratan akibat preeklampsia eklampsia.

Berbagai panduan menuliskan preeklampsia tanpa gejala berat dapat dilakukan perawatan konservatif (rawat jalan) dan dilakukan terminasi pada usia kehamilan > 37 minggu . Hasil studi HYPITAT (Hypertension and Preeclampsia Intervention Trial at Term) menunjukkan luaran yang lebih baik pada pasien yang dilakukan terminasi segera setelah usia kehamilan mencapai 37 minggu. Terdapat penurunan resiko terjadinya preeklampsia berat di

komplikasinya sebesar 30% kelompok yang dilakukan terminasi kehamilan segera dibandingkan kelompok yang tidak dilakukan persalinan segera, angka tindakan operasi sesar sebesar 14%, nilai ini lebih rendah jika dibandingkan dengan grup yang tidak diinduksi (19%). Dan tidak ditemukan perbedaan yang bermakna pada luaran neonatus meskipun harus dilahirkan 1-2 minggu lebih awal dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Kondisi serviks yang belum matang merupakan alasan utama menghindari dilakukannya terminasi 37 minggu pada fase preeklampsia tanpa gejala berat, namun penelitian DIGITAT (pregnancies complicated by fetal growth restriction) menunjukkan bahwa terminasi kehamilan pada ibu hamil dengan skor Bishop 3 tidak berhubungan dengan peningkatan resiko operasi sesar dan 85% ibu hamil baik pada grup terminasi segera dan grup ekspektatif dapat melahirkan pervaginam.

a) Manajemen Terminasi Pada Preeklampsia Tanpa Gejala Berat

- (1) Kehamilan preterm (<34 minggu). jika ibu dan janin dalam kondisi stabil, manajemen ekspektatif dengan pengawasan ketat memberikan luaran yang baik. Rawat jalan dapat dilakukan pada ibu hamil dengan preeklampsia yang stabil dan tidak didapatkan gejala berat. Pasien harus diberikan edukasi yang baik mengenai derajat keparahan dari penyakitnya, memonitor tekanan darahnya dua kali sehari (bila memungkinkan) dan

bersedia melakukan ANC dua kali seminggu untuk monitor dan tes laboratorium. Jika ditemukan progresi dari preeklampsia maka diputuskan untuk segera dilakukan rawat inap dan dilakukan terminasi segera pada usia kehamilan berapapun. Mempertimbangkan terapi rawat jalan pada ibu hamil yang didiagnosis preeklampsia tanpa gejala berat selama pasien tersebut mendapatkan edukasi yang baik, dilakukan monitoring maternal dan fetal berulang termasuk tekanan darah, USG, dan pemeriksaan laboratorium

- (2) Usia kehamilan 34- 36+6 minggu: tidak banyak konsensus mengenai manajemen yang optimum dari preeklampsia tanpa gejala berat, manajemen ekspektatif hingga usia kehamilan 37+0 minggu dapat dipertimbangkan mengingat luaran Preeklampsia berat merupakan perinatal yang didapatkan akan jauh lebih baik.

b) Tatalaksana Pada Preeklampsia Berat

Eklampsia, Edema paru, HT berat, tidak terkontrol, KPP atau inpartu, Perburukan maternal – fetal, salah satu indikasi untuk dilakukanya terminasi segera pada usia kehamilan 34 minggu Terminasi dilakukan untuk mengurangi resiko komplikasi maternal seperti perdarahan serebral, ruptur hepatic, gagal ginjal, edema paru, kejang, infark miokard, stroke dan komplikasi dari janin. Keputusan untuk menunda

terminasi dapat dipertimbangkan pada kasus tertentu dengan tujuan utama untuk mengurangi morbiditas neonatus akibat kelahiran preterm. Penundaan terminasi bertujuan untuk memberikan kesempatan pemberian kortikosteroid antenatal untuk maturasi janin. Syarat dilakukannya manajemen penundaan terminasi yaitu ibu dan janin harus dalam keadaan stabil, usia kehamilan 28 minggu dan kurang dari < 34 minggu, berada di rumah sakit dengan fasilitas yang lengkap serta diawasi oleh dokter konsultan fetomaternal.

c) Manajemen Ekspektatif Pada Preeklampsia

Monitoring maternal merupakan komponen penting untuk menilai derajat keparahan dan laju progresi preeklampsia.

(1) Kandidat manajemen ekspektatif :

- (a) Preeklampsia berat usia kehamilan > 28 minggu, kondisi ibu dan janin stabil
- (b) Tidak didapatkan komplikasi maternal: tanda preeklampsia berat menetap, eklampsia, edema paru, hipertensi berat menetap, HELLP Syndrome, gangguan ginjal, solusio plasenta, DIC.
- (c) Hasil pemeriksaan janin baik (reassuring fetal testing :USG CTG)

(2) Kontraindikasi manajemen ekspektatif

- (a) Ketidak stabilan hemodinamik ibu (syok).

- (b) Nonreassuring fetal testing (nonreassuring nonstress test atau skor biofisik, taksiran berat janin untuk usia kandungan < 5 persentil.
- (c) Oligohidramnios dengan AFI <5.0 cm atau maximal vertical pocket <2.0 cm, dan atau absent or reversed diastolic flow persisten pada Doppler velocimetry arteri umbilikalis)
- (d) Hipertensi berat persisten yang tidak respon dengan medikamentosa
- (e) Nyeri kepala hebat, gangguan visus atau nyeri epigastrik.
- (f) Eklampsia
- (g) Edema paru.
- (h) Gagal ginjal dengan peningkatan kreatinin serum 21 mg/dL dan/atau jumlah urin <0.5 mL/kg/jam dalam 2 jam yang tidak respon dengan hidrasi cairan 500 cc intravena
- (i) Solusio plasenta.
- (j) Hasil lab yang abnormal seperti peningkatan transaminase 2x lipat dalam 6-12 jam.
- (k) Penurunan hitung jumlah trombosit yang progresif <100,000 cells/ μ L.
- (l) Koagulopati tanpa penyebab pasti.

- (m) Tanda persalinan prematur
- (n) KPD
- (o) Permintaan ibu untuk terminasi segera
- (p) HELLP syndrome

d) Terapi Farmakologis Preeklamsia

Obat yang direkomendasikan hingga saat ini hanya aspirin dosis rendah. Beberapa guideline internasional merekomendasikan pemberian aspirin dosis 75-100 mg sejak usia kehamilan 12 minggu hingga usia 36 minggu atau kelahiran. Pemberian aspirin bermanfaat bagi ibu hamil dengan resiko tinggi preeklampsia untuk mengurangi resiko preterm preeklampsia dan mengurangi insiden preeklampsia berat. Pemberian ideal dimulai 12 minggu namun penelitian Meher et al, menyimpulkan bahwa pemberian aspirin setelah usia kehamilan 16 minggu terbukti masih memberikan manfaat untuk mencegah preeklampsia. Pemberian suplementasi magnesium, minyak ikan, vitamin C, D dan E dari berbagai penelitian tidak menunjukkan manfaat yang signifikan .

e) Pencegahan Komplikasi Preeklamsia

Terapi farmakologi dapat diberikan pada kondisi tertentu dengan tujuan mencegah komplikasi preeklampsia. Pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat, manajemen terapinya bertujuan untuk mencegah progresi penyakit menjadi

preeklampsia berat, menentukan waktu yang tepat untuk terminasi dan untuk mengevaluasi perkembangan paru janin. Hal ini berbeda pada kasus preeklampsia berat yang bertujuan untuk mencegah terjadinya eklampsia, mengontrol tekanan darah dan rencana untuk terminasi.

f) Anti Hipertensi

Pemberian anti hipertensi bertujuan untuk mencegah komplikasi terjadinya Cardio Vascular Accident (stroke) dan Infark myokard. Belum ada kesepakatan kapan anti hipertensi harus diberikan. Beberapa panduan menyebutkan antihipertensi dimulai jika tekanan darah $> 160/110$ mmHg. Penelitian menunjukkan bahawa pemberian anti hipertensi pada ibu hamil preeklampsia tanpa gejala berat yang memiliki tekanan darah $140/90$ mmHg $150/100$ mmHg tidak efektif, sehingga pemberian terapi antihipertensi sebaiknya dimulai jika TD Sistolik >160 mmHg atau jika TD Diastolik $> 100-110$ mmHg . Target penurunan TD adalah systole $140-155$ mmHg dan diastole $90-105$ mmHg. Pasien preeklampsia sudah mengalami deplesi volume intravaskuler, sehingga lebih rentan. Obat yang direkomendasikan hingga saat ini hanya aspirin dosis rendah. Beberapa guideline internasional merekomendasikan pemberian aspirin dosis $75-100$ mg sejak usia kehamilan 12 minggu hingga usia 36 minggu atau kelahiran. Pemberian aspirin bermanfaat bagi ibu hamil dengan

resiko tinggi preeklampsia untuk mengurangi resiko preterm preeklampsia dan mengurangi insiden preeklampsia berat. Pemberian ideal dimulai 12 minggu pemberian aspirin setelah usia kehamilan 16 minggu terbukti masih memberikan manfaat untuk mencegah preeklampsia. Pemberian suplementasi magnesium, minyak ikan, vitamin C, D dan E dari berbagai penelitian tidak menunjukkan manfaat yang signifikan. terhadap penurunan tekanan darah yang terlalu cepat yang bisa beresiko mengganggu aliran darah uteroplasenta. Selain itu, menurunkan tekanan darah tidak mengatasi proses primernya.

g) Anti kejang

Obat anti kejang diberikan pada pasien preeklampsia berat dan pasien dengan tanda impending eklampsia atau eklampsia. Anti kejang yang diberikan adalah golongan Magnesium sulfat ($MgSO_4$). Dosis dan cara pemberian dapat dilihat pada bagan berikut.

h) Terapi suportif

Terapi suportif dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien saat perawatan.

i) Persalinan

Induksi persalinan/ persalinan dilakukan sesuai kondisi klinis pasien. Metode persalinan disesuaikan dengan indikasi persalinan, kondisi klinis ibu dan janin. Operasi sesar dilakukan atas indikasi obstetrik atau ditemukannya kondisi

gawat janin atau gawat ibu yang perlu pertimbangan persalinan segera.

Follow up paska persalinan selama 3-6 hari pasca salain

- (1) Evaluasi klinis dilakukan minimal tiap 4 jam sekali saat pasien bangun
- (2) Evaluasi tanda-tanda adanya komplikasi baru atau perburukan dari gejala sebelumnya
- (3) Anti hipertensi :

Antihipertensi sebelum persalinan segera diberikan dan dilanjutkan. Terutama untuk pasien preeklampsia yang sudah terdiagnosa sebelum persalinan. Dilakukan penurunan dosis secara gradual dalam beberapa hari kemudian sesuai dengan respon klinis. Pada pasien dengan hipertensi berat Target TD adalah $< 160/110$ mmHg . Pada pasien hipertensi tidak berat atau dengan komorbid lain selain diabetes pregestasional target TD adalah $< 140/90$ mmHg (SOGC grade C level III) Pasien dengan diabet pregestasional target TD adalah $< 130/80$ mmHg (SOGC grade C level III) Antihipertensi yang direkomendasikan digunakan pada ibu menyusui

adalah: nifedipine extended-release, labetalol methyldopa, captopril, enalapril, quinapril.

- (4) Pastikan perbaikan dari disfungsi organ nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) tidak boleh

diberikan jika muncul gejala :

- (a) Hipertensi sulit dikontrol
- (b) Adanya tanda gagal ginjal (oliguri dan atau SK > 9)
Platelets < 50x10/L
- (c) Pertimbangkan tromboprolifaksis pada wanita dengan factor resiko

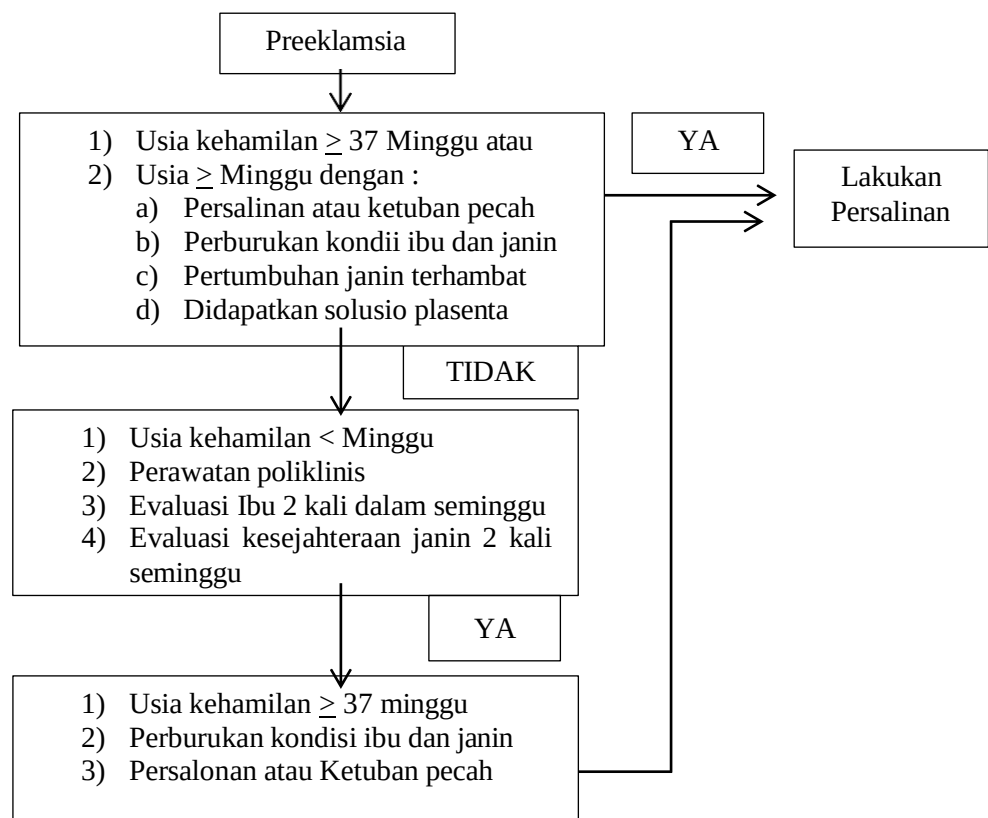
2) Tatalaksana Jangka Panjang

Meliputi upaya pencegahan dan monitoring komplikasi lanjut preeklampsia/ eklampsia. Tatalaksana jangka panjang bertujuan untuk mencegah komplikasi lanjut dari preeklampsia. Berbagai penelitian menunjukkan adanya resiko kardiovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan tromboemboli vena 2x lebih tinggi dibanding pasien hamil normal selama 5-15 tahun setelah melahirkan. Wanita preeklampsia juga memiliki resiko lebih besar meninggal akibat penyakit serebrovaskuler setelah kehamilan

- a) Follow up 6 minggu - 6 bulan paska persalinan Periksa adanya kemungkinan kelainan berikut pada pasien preeklampsia onset atau yang dilakukan terminasi < 34 minggu:
 - b) Hipertensi
 - c) Gangguan ginjal
 - d) Rujuk ke spesialis penyakit dalam atau nefrologi bila:

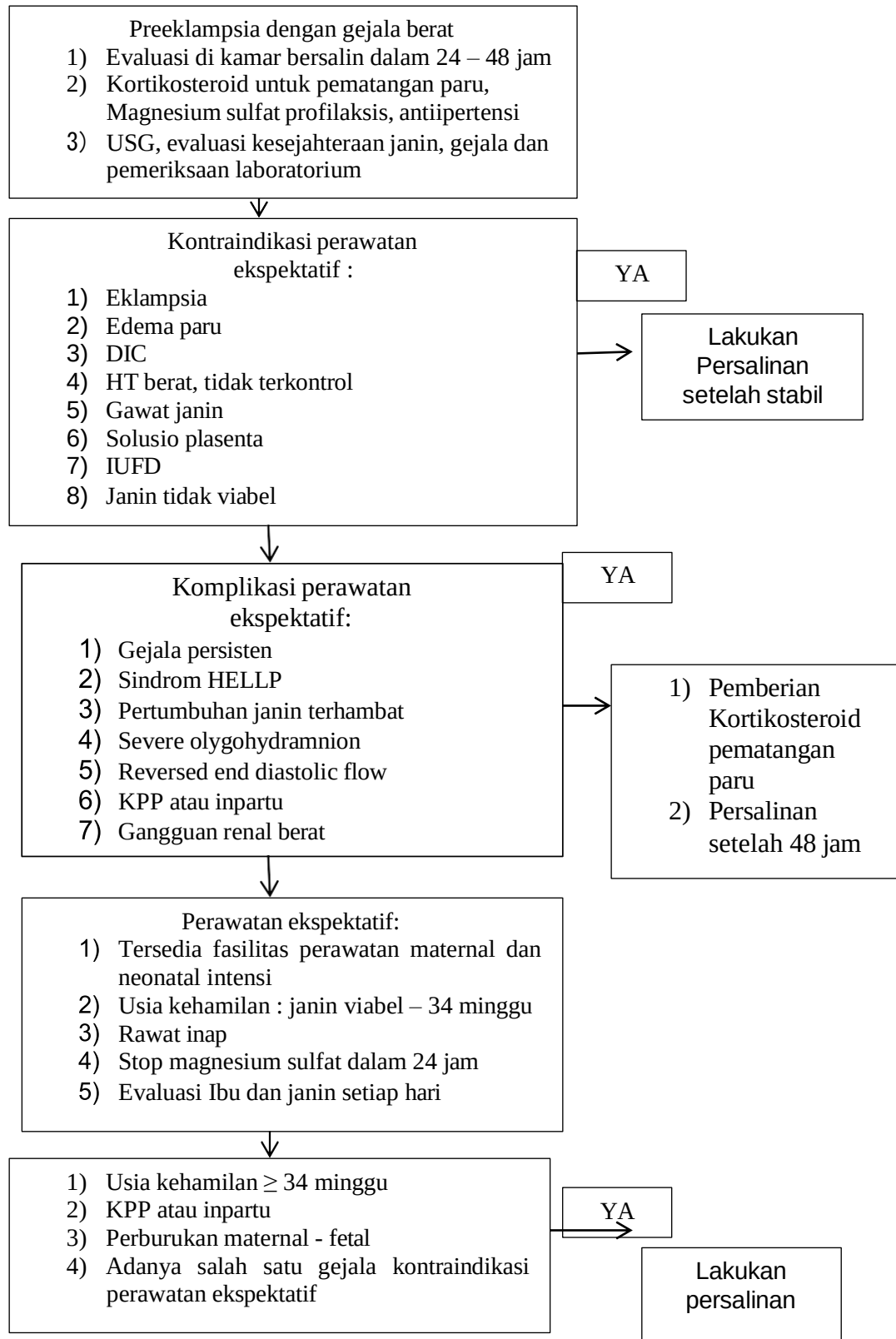
- e) Hipertensi paska salin sulit dikontrol
- f) Proteinuria yang tidak hilang, penurunan glomerular filtration rate (GFR), dan/adanya tanda gangguan ginjal (seperti sedimen urin abnormal)
- g) Motivasi pasien dengan BMI overweight untuk menurunkan Berat badan untuk mengurangi resiko pada kehamilan berikutnya dan untuk kesehatan jangka panjang

Gambar 2 2 Manajemen Ekspektatif Preeklampsia tanpa Gejala Berat



(POGI, 2016)

Gambar 2 3 Manajemen Ekspektatif Preeklampsia Berat



(POGI, 2016)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan. Pada tahap pengkajian ini terjadi proses pengumpulan data. Berbagai data yang dibutuhkan, baik wawancara dengan pasien, ataupun berbagai data dari proses observasi atau hasil laboratorium.(Prabowo, 2017)

1) Identitas klien dan penanggung jawab

Meliputi nama, umur 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ada beberapa resiko pada ibu yang mengalami *pre eklampsia* dan masalah pada janin. Wanita hamil dengan usia yang lebih tua juga akan lebih mengalami masalah pada *kandung kemih*, dibandingkan wanita hamil dengan usia yang lebih muda. Resiko-resiko lainnya adalah resiko keguguran lebih besar, lebih banyak yang melahirkan melalui operasi *sectiocasarea* karena kondisi yang tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal, dan juga memiliki resiko lebih tinggi melahirkan bayi cacat, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama,alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medic, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum dan tanda vital (Andro, 2013)

2) Riwayat Keperawatan

a) Riwayat Obstetri

- (1) Berisi riwayat menstruasi yaitu umur menarche, banyaknya, siklus lamanya, ada keluhan atau tidak

HPHT, tafsiran persalinan,.

- (2) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu.(G,P,AB)

Pada ibu dengan *preeklamsia* perlu dikaji adanya riwayat kehamilan ganda , *mola hidatidosa*, *primigravida*, *multigravida*, *hidramnion*, serta riwayat kehamilan dengan *preeklamsia* atau *eklamsia* sebelumnya serta perlu dikaji anak beberapa pada saat kehamilan (Reny, Yuli.2013)

- (3) Genogram
(4) Post partum sekarang

- (a) Keluhan utama

Keluhan utama saat MRS adalah keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat MRS, hal ini paling sering dikeluhkan oleh pasien paska operasi caesarea adalah nyeri pada luka bekas operasi. Keluhan utama saat pengkajian adalah keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat pengkajian (Andro,2013)

- (b) Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu *power*, *passage*, *pasaanger*. Apabila diantara ketiga

faktor

tersebut terjadi masalah maka ibu hamil tidak bisa melahirkan dengan spontan dan oleh karena itu harus dilakukan suatu pembedahan yaitu dengan cara operasi *section caesarea*. Efek dari proses pembedahan ini menimbulkan luka bekas operasi di *abdomen*. Nyeri akan terasa saat setelah dilakukn pembedahan, namun ini adalah hal yang *fisiologis* pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* (Andro, 2013)

(5) Rencana Perawatan Bayi

- b) Riwayat keluarga berencana
- c) Riwayat Kesehatan

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit *akut kronis* seperti jantung *DM*, *hipertensi*, *asma* yang dapat mempengaruhi pada *masa nifas* (Andro, 2013)

- d) Riwayat Lingkungan
- e) Aspek psikososial
- f) Kebutuhan Dasar Khusus

(1) Pola Nutrisi atau cairan dan *metabolism Membrane mukosa* yang kering (pembatasan)

Jenis makanan yang dikonsumsi baik makanan pokok maupun selingan, frekuensi makan dalam sehari, nafsu makan, Penggunaan konsumsi makanan yang asin ataupun banyak mengandung garam juga

perlu dikurangi, karena *natrium* yang terdapat didalam garam dapat menyebabkan peningkatan *viskositas* darah dan menyebabkan terjadinya *hipertensi*. (Tika et al., 2022)

Puasa dilakukan sebelum dilakukannya induksi anestesi. Lama puasa yang direkomendasikan adalah 6 hingga 8 jam untuk makanan padat, dan 2 jam untuk cairan oral. Asupan minuman berkalori tinggi pada 2 jam sebelum operasi dapat mengurangi rasa haus, lapar, dan kecemasan sebelum operasi (Tika et al., 2022)

(2) Pola Eliminasi

protokol ERACS menganjurkan pelepasan kateter urin dan mobilisasi secara lebih cepat, yaitu 6 jam pasca operasi hal ini akan mengurangi risiko terjadinya infeksi saluran kemih dan tromboemboli vena pasca operasi.(Tika et al., 2022)

(3) Pola Personal Higiene

(4) Pola tidur dan istirahat

Mengkaji tentang lama tidur, kebiasaan sebelum tidur, dan keluhan. Pada pasien *post secti caesarea* karena merasakan nyeri pada luka bekas operasinya maka kuantitas tidurnya berkurang (Andro, 2013)

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

(6) Pola Kesehatan Yang Mempengaruhi Kesehatan

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

(1) Keadaan umum secara keseluruhan lemah, pucat, lesu, kesadaran *composmentis*, *ekspresi* wajah datar, tidak ada perhatian, gelisah, tampak meringis kesakitan pada saat bergerak, takut untuk bergerak (Andro, 2013) Evaluasi klinis dilakukan minimal tiap 4 jam sekali saat pasien bangun. Evaluasi tanda-tanda adanya komplikasi baru atau perburukan dari gejala sebelumnya

b) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi penurunan *kadar progesterone* secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan. *Kolostrum* sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

c) Sistem Pencernaan

Pasien diberikan asupan oral dini. Asupan oral secara dini dapat mendorong kembalinya fungsi usus dan ambulasi dini, menurunkan risiko sepsis, mengurangi waktu menyusui, dan memperpendek lama rawat inap. Jadi, berikan makanan bebas 4 jam pasca tindakan. (Tika et al., 2022)

d) Sistem Kardiovaskuler

Pengobatan obstetrik untuk preeklamsia tetap sama selama

beberapa dekade kelahiran iatrogenik terjadwal. Segera setelah lahir, resolusi gejala preeklampsia terjadi bersamaan dengan penurunan volume sekuncup, CO, dan tekanan arteri rata-rata. Gejala dan tanda ini mencapai keseimbangan dan kembali ke kisaran kehamilan yang sehat dalam waktu 3 sampai 4 hari, kecuali resistensi pembuluh darah total. Namun, penilaian longitudinal terhadap preeklampsia menunjukkan bahwa 50% wanita mengalami hipertensi persisten dan peningkatan angka hipertensi nokturnal, rawat jalan, dan hipertensi terselubung pada 12 minggu pascapersalinan. (Lavie.A.dkk.,2018)

e) Sistem muskuloskeletal

Menurut (Tika et al., 2022) dilakukan mobilisasi dini mulai di ruang perawatan. Mobilisasi dini dapat meningkatkan fungsi dan oksigenasi jaringan pulmoner, meningkatkan resistensi insulin, dan mengurangi risiko terjadinya tromboemboli, serta memperpendek durasi rawat inap.

- (1) Mobilisasi Level 1 (0-8 jam): duduk bersandar di tempat tidur selama 15 s.d 30 menit
- (2) Mobilisasi Level 2 (0-8 jam): duduk di sisi tempat tidur dengan kaki menjuntai selama 5 s.d 15 menit
- (3) Mobilisasi Level 3(8-24 jam): Mobilisasi berdiri dan berjalan 1-2 kali
- (4) Mobilisasi Level 4 (24-48 jam): Mobilisasi berjalan 3-4

kali

f) Sistem Genitourinary

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. *Plasenta* lahir *fundus uteri* setinggi pusat dengan berat *uterus* 1000gr. Satu minggu *post partum* tinggi *fundus uteri* teraba pertengahan pusat *simpisis* dengan berat *uterus* 500gr. Dua minggu *post partum* tinggi *fundus uteri* tidak teraba diatas *simpisis* dengan berat *uterus* 300gr. Enam minggu *post partum fundus uteri* bertambah kecil dengan berat *uterus* 60 gr. Kandung kemih teraba kosong, alat *genetalia* normal atau tidak terjadi robekan (Andro, 2013)

g) Sistem Integumen

Kulit lembab, suhu tubuh dalam batas normal, akral dingin. Ada luka bekas operasi horizontal $\pm$ 10 cm. (Andro, 2013)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) Diagnosa Keperawatan yang bisa didapat dari pengkajian diatas yaitu:

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)

Definisi : Kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler..

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif :

- (1) Dispnea.

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :

- (2) PCO₂ meningkat / menurun.
- (3) PO₂ menurun.
- (4) Takikardia.
- (5) pH arteri meningkat/menurun.
- (6) Bunyi napas tambahan.

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif :

- (1) Pusing.
- (2) Penglihatan kabur.

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif :

- (1) Sianosis.
- (2) Diaforesis.
- (3) Gelisah.
- (4) Napas cuping hidung.
- (5) Pola napas abnormal (cepat / lambat, regular/iregular, dalam/dangkal).
- (6) Warna kulit abnormal (mis. pucat, kebiruan).
- (7) Kesadaran menurun.

2) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan / vena (D.0009)

Definisi : Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif : (Tidak tersedia).

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :

- (1) Pengisian kapiler >3 detik.
- (2) Nadi perifer menurun atau tidak teraba.
- (3) Akral teraba dingin.
- (4) Warna kulit pucat.
- (5) Turgor kulit menurun.

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif :

- (1) Parastesia.
- (2) Nyeri ekstremitas

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif:

- (1) Edema.
- (2) Penyembuhan luka lambat.
- (3) *Indeks ankle-brachial* < 0,90.
- (4) *Bruit femoral*

3) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
(luka bekas post op) (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif : (Tidak tersedia).

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif

- (1) Tampak meringis

- (2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- (3) Gelisah
- (4) Frekuensi nadi meningkat
- (5) Sulit tidur

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif

- (1) Tekanan darah meningkat
- (2) pola napas berubah
- (3) nafsu makan berubah
- (4) proses berpikir terganggu
- (5) Menarik diri
- (6) Berfokus pada diri sendiri
- (7) Diaforesis

4) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena (D.0022)

Definisi : Peningkatan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular.

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif :

- (1) *Ortopnea*
- (2) *Dispnea*
- (3) *Paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND)

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif

- (1) *Ederma anasarka* dan/atau *ederma perifer*
- (2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat
- (3) *Jugular Venous Pressure (JVP)* dan/atau *Cental Venous Pressure (CVP)* meningkat
- (4) *Refleks hepatojugular* positif

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif

- (1) *Distensi vena jugularis*
- (2) Terdengar suara nafas tambahan
- (3) *Hepatomegali*
- (4) Kadar Hb/Ht turun
- (5) *Oliguria*
- (6) Intake lebih banyak dari output (balans cairan positif)
- (7) *Kongesti paru*

5) Inkontinensia Fekal berhubungan dengan penurunan tonus otot (D.0041)

Definisi : perubahan kebiasaan buang air besar dari pola normal yang ditandai dengan pengeluaran feses secara involunter (tidak disadari).

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif

- (1) Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses
- (2) Tidak mampu menunda defekasi

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif

(1) Fases keluar sedikit-sedikit dan sering

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif

(1) Bau fases

(2) Kulit perinal kemerahan

6) Gangguan Eliminasi Urine berhubungan dengan penurunan tonus otot (D.0040)

Definisi : disfungsi eliminasi urin.

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif

(1) Desekan berkemih (*Urgensi*)

(2) Urin menetas (*dribbling*)

(3) Sering buang air kecil

(4) *Nokturia*

(5) Mengompol

(6) *Enuresis*

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif

(1) Distensi kandung kemih

(2) Berkemih tidak tuntas (*Hesitancy*)

(3) Volume residu urin meningkat

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif : (Tidak tersedia).

7) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak (D.0029)

Definisi : Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui

a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif

- (1) Kelelahan maternal
- (2) Kecemasan maternal

b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif

- (1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
- (2) ASI tidak menetas/memancar
- (3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
- (4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).

d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif :

- (1) Intake bayi tidak adekuat
- (2) Bayi menghisap tidak terus menerus
- (3) Bayi menangis saat disusui
- (4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui
- (5) Menolak untuk mengisap

8) Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif.

(D0142)

a) Faktor Resiko

- (1) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)
- (2) *Efek prosedur invasif*
- (3) *Malnutrisi*

- (4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 - (5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh)
 - (6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)
- 9) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan
- Definisi : ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. (D.0109)
- a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif
 - (1) Menolak melakukan perawatan diri
 - b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif
 - (1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
 - (2) Minat melakukan perawatan diri kurang
 - c) Gejala dan Tanda Minor – Subjektif : (Tidak tersedia).
 - d) Gejala dan Tanda Minor – Objektif : (Tidak tersedia).
- 10) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)
- Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

- a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif : (Tidak tersedia).
 - b) Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :
 - (1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - (2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
 - c) Gejala dan Tanda Minor
 - (1) Menjalani pemeriksaan yang tepat
 - (2) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)
- 11) Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua (D.0122)
- a) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif :
 - (1) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua
 - (2) Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga
 - b) Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif :
 - (1) Anak atau anggota keluarga lainnya mengekspresikan kepuasan dalam lingkungan rumah
 - (2) Anak atau anggota keluarga mengungkapkan harapan yang realistis
 - c) Gejala dan Tanda Minor – Objektif:
 - (1) Kebutuhan fisik dan emosi anak/anggota keluarga terpenuhi

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur, meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan juga diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan edema paru

Tabel 2 1 Tujuan dan Intervensi Gangguan pertukaran gas

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Pertukaran Gas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Pertukaran Gas membaik dengan kriteria hasil : 1) Sesak napas menurun 2) Wheezing menurun 3) Takikardia menurun	Terapi Oksigen (I.01026) Observasi 1) Monitor kecepatan aliran oksigen 2) Monitor posisi alat terapi oksigen 3) Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4) Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu 5) Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan 6) Monitor tanda-tanda	1) Mengetahui kecepatan aliran oksigen 2) Mengetahui posisi alat terapi oksigen 3) Mengetahui aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup 4) Mengetahui efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika

	hipoventilasi	perlu
7)	Monitor monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis	5) Mampu melepaskan oksigen saat makan
8)	Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen	6) Mengetahui tanda-tanda hipoventilasi
9)	Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen	7) Mengetahui tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis
Terapeutik		8) Mengetahui tingkat kecemasan akibat terapi oksigen
10)	Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea, jika perlu	9) Mengetahui integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen
11)	Pertahankan kepatenan jalan napas	10) Membersihkan area jalan nafas
12)	Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen	11) Jalan napas paten
13)	Berikan oksigen tambahan, jika perlu	12) Menyiapkan peralatan pemberian oksigen
14)	Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi	13) Menambah bantuan oksigen
15)	Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas pasien	14) Tetap mempertahankan bantuan oksigen
Edukasi		15) Perangkat oksigen yang sesuai
16)	Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah	16) Pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen di rumah
Kolaborasi		17) Dosis oksigen sesuai
17)	Kolaborasi penentuan dosis oksigen	18) Penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur sesuai
18)	Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur	

2) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan
penurunan aliran arteri dan / vena

Tabel 2 2 Tujuan dan Intervensi Perfusi Perifer Tidak Efektif

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Perfusi Jaringan Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi Perifer membaik dengan kriteria hasil : 1) Kelemahan Otot menurun 2) Akral hangat	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1) Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 4) Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 7) Lakukan pencegahan infeksi 8) Lakukan perawatan kaki dan kuku 9) Lakukan hidrasi Edukasi 10) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 11) Anjurkan menghindari penggunaan obat 12) Anjurkan program rehabilitasi vaskular 13) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)	1) Untuk mengetahui kondisi perifer pada klien 2) Untuk mengetahui faktor risiko gangguan sirkulasi 3) Untuk mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas 4) Mencegah terjadinya infiltrasi 5) Menghindari nyeri pada klien 6) Menghindari nyeri pada area cedera 7) Mencegah infeksi 8) Untuk memperbaiki sirkulasi 9) Mengetahui efek samping yang mungkin dialami 10) Merencanakan pemberian oksitosin setelah persalinan 11) Merencanakan pemberian analgesic 12) Merencanakan pemberian antibiotic

14) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

3) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
(luka bekas post op)

Tabel 2 3 Tujuan dan Intervensi Nyeri Akut

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Tingkat Nyeri membaik dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 5) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 7) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 8) Ajarkan Teknik	1) Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan atau keefektifan intervensi 2) Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan atau keefektifan intervensi 3) Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan atau keefektifan intervensi 4) Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan atau keefektifan intervensi 5) Menurunkan perasaan terisolasi, marah dan cemas yang dapat meningkatkan nyeri tersebut 6) Memberikan rasa nyaman pada klien 7) Memfokuskan kembali secara

farmakologis untuk mengurangi nyeri	langsung dari perhatian atau persepsi dan meningkatkan koping yang dapat membantu menghilangkan rasa nyeri.
Kolaborasi	
9) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	8) Membantu menghilangkan kelelahan dan ketegangan otot 9) Analgetik dapat mengurangi peningkatan mediator kimiawi nyeri (serotonin, histamine, prostaglandin) pada reseptor nyeri sehingga dapat mengurangi nyeri.

4) Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik

vena

Tabel 2 4 Tujuan dan Intervensi Hipervolemia

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Hipervolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Keseimbangan Cairan membaik dengan kriteria hasil: 1) Output urin meningkat 2) Membrane mukosa lembab meningkat 3) Tekanan darah membaik 4) Frekuensi	Manajemen Hipervolemia I.03114 Observasi 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2) Identifikasi penyebab hipervolemia 3) Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP,	1) Mengetahui adanya tanda dan gejala hipervolemia pada pasien 2) Mengetahui penyebab hipervolemia pada pasien 3) Mengetahui status hemodinamik pada pasien 4) Mengetahui keseimbangan cairan pasien 5) Mengetahui adanya tanda hemokonsentrasi pada pasien 6) Mengetahui adanya

nadi		CO, CI), jika tersedia	efek samping diuretic
membalik		4) Monitor intake dan output cairan	pada pasien
5) Kekuatan nadi	5) Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)	7) Mengetahui adanya penambahan atau pengurangan berat badan pasien	
membalik	6) Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. kadar protein dan albumin meningkat)	8) Mengurangi asupan cairan dan garam agar keseimbangan cairan kembali normal	
	7) Monitor kecepatan infus secara ketat	9) Agar haluaran urin pasien tetap terpantau sehingga	
	8) Monitor efek samping diuretik (mis. Hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)	10) perfusi renal, kecukupan penggantian cairan dan	
	Teraupetik	11) kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan	
	9) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama	12) Agar BB pasien tetap terpantau sehingga, kecukupan	
	10) Batasi asupan cairan dan garam	13) penggantian cairan dan kebutuhan serta status cairan pasien dapat segera ditangani jika terjadi ketidakseimbangan	
	11) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°	14) Agar pasien dapat mengetahui cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairannya secara mandiri	
	Edukasi	15) Agar pasien dapat mengontrol intake dan output cairan secara mandiri	
	12) Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam	16) Membantu mengeluarkan kelebihan garam dan air dalam tubuh melalui urin	
	13) Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari	17) Mengembalikan konsentrasi kalium dalam tubuh	
	14) Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan	18) Mengatur keseimbangan cairan pasien dan membantu	
	15) Ajarkan cara membatasi cairan		
	Kolaborasi		
	16) - Kolaborasi pemberian diuretik		
	17) Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik		
	18) Kolaborasi		

pemberian continuous renal replacement therapy (CRRT), jika perlu. kerja ginjal

5) Inkontinensia Fekal berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tabel 2 5 Tujuan dan Intervensi Inkontinensia Fekal

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Inkontinensia Fekal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Kontinensia membaik dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mengontrol pengeluaran feses meningkat 2) Kemampuan menunda pengeluaran feses membaik 3) Frekuensi BAK membaik	Latihan eliminasi fekal (I.04150) Observasi 1) Monitor peristaltik usus secara teratur Terapeutik 2) Anjurkan waktu yang konsisten untuk buang air besar 3) Berikan privasi, kenyamanan, dan posisi yang meningkatkan proses defekasi 4) Gunakan enema rendah, jika perlu 5) Anjurkan dilatasi rektal digital, jika perlu 6) Ubah program Latihan eliminasi fekal, jika perlu Edukasi 7) Anjurkan mengkonsumsi makanan tertentu, sesuai program, atau hasil konsultasi 8) Anjurkan asupan cairan yang adekuat sesuai kebutuhan 9) Anjurkan olahraga sesuai toleransi Kolaborasi	1) Kembalinya fungsi gastrointestinal mungkin terhambat oleh efek anestesi 2) Menurunkan ukuran hemoroid 3) Memberikan kenyamanan 4) Menghilangkan gatal 5) Meningkatkan vasokonstriksi lokal 6) Meningkatkan vasokonstriksi lokal 7) Makanan kasar akan merangsang eliminasi, contohnya buah-buahan dan sayuran serta biji, kulit 8) Peningkatan cairan merangsang eliminasi 9) Membantu meningkatkan peristaltik gastrointestinal 10) Mungkin diperlukan untuk meningkatkan kembali kebiasaan defekasi normal, mencegah

10) Kolaborasi penggunaan supositoria, jika perlu	mengejanatau stress selama pengosongan
---	--

6) Gangguan Eliminasi Urine berhubungan dengan penurunan tonus otot

Tabel 2 6 Tujuan dan Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan Eliminasi Urine	Setelah dilakukan tindakan keperawatanselama 3x24 jam Diharapkan EliminasiUrine membaikdengan kriteria hasil : 1) Desakan berkemih (urgensi) menurun 2) Urin menetes (dribbling) menurun 3) Distensi kandung kemih menurun 4) Berkemih tidak tuntas (hesistancy)menurun	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) Observasi 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3) Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) Terapeutik 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu 6) Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur Edukasi 7) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih 8) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin 9) Ajarka mengambil spesimen urin midstream 10) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	1) Mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin 2) Mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin 3) Megetahui eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna 4) Mempunyai catatan waktu-waktu dan haluaran berkemih 5) Mengurangi gejala 6) Melakukan pengecekan untuk mengetahui jenis 7) Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi saluran berkemih 8) Pasien mengetahui cara mengukur asupan cairan dan haluaran urin 9) Pasien mengetahui cara mengambil spesimen urin midstream 10) Pasien mengetahui tanda berkemih dan waktu yang tepat

11) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan	11) Pasien mengetahui cara terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
12) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi	12) Memenuhi kebutuhan
13) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	13) Mengurangi gejala 14) Mengurangi gejala
Kolaborasi	
14) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	

7) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak

Tabel 2 7 Tujuan dan Intervensi Menyusui Tidak Efektif

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Menyusui Tidak Efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Eliminasi Urine membaik dengan kriteria hasil : 1) Tetesan/pampasan ASI meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5) Berikan kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7) Libatkan pendukung: keluarga, sistem suami, tenaga	1) Menentukan kemampuan untuk memberikan perawatan yang tepat 2) Menentukan kemampuan untuk memberikan perawatan yang tepat 3) Menambah pengetahuan ibu 4) Menentukan waktu yang sesuai 5) Memastikan pengetahuan 6) Memberikan rasa kepercayaan 7) Memberikan semangat

Kesehatan, masyarakat	dan	8) Memperlancar laktasi
Edukasi		9) ASI dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi bayi sehingga pertumbuhan optimal
8) Berikan konseling menyusui		10) Menjaga dan meminimalkan tidak efektifnya laktasi
9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi		11) Memperlancar laktasi
10) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar		12) Memperlancar laktasi
11) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa		
12) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)		

8) Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasif.

Tabel 2 8 Tujuan dan Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Resiko Infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6) Jelaskan tanda dan	1) Mengetahui kesiapan dan kemampuan dalam menerima informasi 2) Menyiapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah 3) Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 4) Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya 5) Untuk mengetahui tanda dan gejala

	gejala infeksi	infeksi
7)	Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	6) Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Leukosit, WBC)
8)	Ajarkan etika batuk	7) Untuk mengetahui pencegahan sesuai kondisi
9)	Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	8) Agar klien dapat beristirahat dengan tenang
10)	Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	9) Agar tidak terjadi infeksi pada area yang edema
11)	Anjurkan meningkatkan asupan cairan	10) Agar tidak terjadi infeksi pada area luka atau luka operasi
Kolaborasi		
12)	Kolaborasi pemberia imunisasi, jika perlu	11) Agar daya tahan tubuh meningkat terhadap infeksi
		12) Merencanakan pemberian antibiotik

9) Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan .

Tabel 2 9 Tujuan dan Intervensi Defisit perawatan diri mandi

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatanselama 3x24 jam Diharapkan Perawatan Diri Meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor 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	1) Mengidentifikasi tingkat fungsional dan membantu menetapkan rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien. 2) Pasien membutuhkan perawatan mulut untuk menghilangkan partikel makanan yang tersisa, untuk mencegah pembusukan, dan mempromosikan

(BAB/BAK) meningkat	pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)	kesehatan gigi
5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	3) Pasien mungkin tidak dapat memahami arah untuk menyemburkan pasta gigi atau berkumur dengan air, dan mungkin tidak dapat membuka mulut selama tindakan.
6) Minat melakukan perawatan diri meningkat	7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4) Tingkatkan rasa percaya diri dan harga diri
	8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5) Memfasilitasi independensi pada beberapa tugas.
	9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6) Membantu menjaga penampilan pasien tetap rapi dan rapi.
	Edukasi	7) Memfasilitasi independensi pada beberapa tugas.
	10) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	

10) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tabel 2 10 Tujuan dan Intervensi Defisit Pengetahuan

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Defisit Pengetahu an	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Status Tingkat Pengetahuan Meningkat dengankriteria hasil : 1) Perilaku sesuai anjuan meningkat 2) Verbalisasi minatdalam belajar meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik	1) Kelainan kognitif harus diakui sehingga rencana pengajaran yang tepat dapat diuraikan 2) Belajar membutuhkan energi. Pasien harus melihat kebutuhan atau tujuan belajar. Mereka juga berhak menolak layanan pendidikan. 3) Mengetahui apa yang perlu didiskusikan terutama jika pasien sudah memiliki latar

3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	3) Sediakan materi dan Pendidikan Kesehatan	belakang tentang situasinya.
4) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan	4) Mengetahui apa yang harus diprioritaskan akan membantu mencegah pemborosan waktu yang berharga
5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	5) Berikan kesempatan untuk bertanya	5) Keterlibatan pasien meningkatkan kepatuhan terhadap rejimen kesehatan dan membuat pengajaran dan pembelajaran kemitraan.
6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi	6) Memberikan pemahaman faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
7) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	6) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan	7) Memberikan informasi cara perilaku hidup bersih dan sehat
	7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	8) Memberikan informasi strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
	8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	

11) Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua

Tabel 2 11 Tujuan dan Intervensi Kesiapan Peningkatan Menjadi

Orang

Tua

Diagnosis	Tujuan / Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Kesiapan Peningkatan peran menjadi orang tua	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan peran menjadi orang tua membaik dengan kriteria hasil : 1) Bounding attachment meningkat 2) Perilaku positif menjadi orang tua meningkat 3) Interaksi perawatan bayi	Promosi Penguasaan (I.13495) Observasi 1) Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut 2) Monitor status Kesehatan anak dan status imunisasi anak Terapeutik 3) Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan pre natal secara teratur dan	1) Mengetahui keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut 2) Mengetahui status Kesehatan anak dan status imunisasi anak 3) Memberikan dukungan dan rasa percaya 4) Mengetahui

meningkat	sedini mungkin	perkembangan
	4) Lakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko	sesuai dengan tingkat risiko
	5) Fasilitasi orang tua dalam memiliki harapan yang realistis sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak	5) Memberikan semangat
	6) Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran	6) Memberi pemahaman orang tua dalam menerima transisi peran
	7) Berikan bimbingan antisipasi yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak	7) Orang tua memahami aoa yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak
	8) Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan, dan berpartisipasi dalam parent group programs	8) orang tua dalam mendapatkan dukungan, dan berpartisipasi dalam parent group programs
	9) Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial	9) orang tua mampu mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial
	10) Sediakan media untuk mengembangkan keterampilan sosial dan koping	10) mampu mengembangkan keterampilan sosial dan koping
	11) Fasilitasi mengatur penitipan anak, jika perlu	11) Mampu mengatur penitipan anak, jika perlu
	12) Fasilitasi penggunaan kontrasepsi	12) Mampu memahami penggunaan kontrasepsi
	Edukasi	
	13) Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi	13) Orang tua untuk menanggapi isyarat bayi

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah disusun dalam tahap perencanaan. Untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan.

Implementasi/pelaksanaan keperawatan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Hadinata & Jahid, 2022)

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan.

Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien.

Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (subyektif, Obyektif, Assessment, Planning). Adapun penjelasannya, S (Subyektif) keluhan dari klien (apa saja yang dikatakan pasien dan keluarga pasien), O (Obyektif) segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur atau dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik oleh perawat, A (Assessment) suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien, P (Planning) rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien selanjutnya) (Hadinata & Jahid, 2022)