

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan, terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap- tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual problem-solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

1. Pengkajian

1) Identitas klien

- a) Identitas klien meliputi nama, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat.
- b) Identitas suami meliputi nama, suami, pekerjaan, agama, Pendidikan dan suku.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

3) Riwayat Kesehatan sekarang

Pengkajian kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang keluhan pertama masuk rumah sakit, factor – factor yang mungkin mempengaruhi, adapun yang berkaitan dengan diagnose yang perlu dikaji peningkatan tekanan darah, eliminasi ataupun nyeri.

4) Riwayat kehamilan

Informasi yang dibutuhkan adalah para dan gravida kehamilan, masalah saat hamil jenis kelamin anak sebelumnya serta keadaan bayi saat lahir, serta Riwayat menyusui .

5) Riwayat persalinan

Data yang dikaji adalah jenis persalinan, jenis kelamin bayi, tinggi badan dan berat badan bayi, masalah selama melahirkan dan perdarahan

6) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu masa post partum atau pasca partum yaitu

a) Kepala

Mengkaji kesehatan rambut klien karena diet yang baik selama hamil akan berpengaruh pada kekuatan dan kesehatan rambut

b) Mata

Mengkaji warna konjungtiva bila berwarna merah dan basah berarti normal, sedangkan berwarna pucat berarti ibu mengalami anemia, dan jika konjungtiva kering maka ibu mengalami dehidrasi

c) Dada

(1) Pergerakan tidak simetris antara dada kiri dan dada kanan.

(2) Taktil fremitus, thrills (getaran pada dada karena udara/suara melewati saluran/rongga pernapasan)

(3) Suara napas normal (vesikular, bronkovesikular, bronkial).

(4) Suara napas tidak normal (crackles/rales, ronkhi, wheezing, friction rub/pleural friction).

(5) Bunyi perkusi (resonan, hiperesonan, dullness).

d) Payudara

Mengkaji pembesaran, ukuran, bentuk, konsistensi, warna payudara, dan mengkaji kondisi puting, kebersihan puting.

e) Abdomen

Inspeksi bentuk perut ibu mengetahui adanya distensi pada perut, palpasi juga tinggi fundus uterus, konsistensi serta kontraksi uterus.

f) Lochea

Mengkaji lochea yang meliputi karakter, jumlah, warna, bekuan darah yang keluar dan baunya

g) Perineum

Pengkajian dilakukan dengan menempatkan ibu pada posisi senyaman mungkin dan tetap menjaga privasi dengan inspeksi adanya tanda tanda “ REEDA” (*rednes*/kemerahan, *Echymosis*/perdarahan bawah kulit, *Edeme*/bengkak, *Discharge*/perubahan lochea, *Approximation*/pertautan jaringan)

h) Ekstermitas

Ekstermitas atas dan bawah dapat bergerak bebas, kadang ditemukan edema, varises pada tungkai kaki, ada atau tidaknya tromboflebitis karena penurunan aktivitas dan reflek patella baik.

i) Tanda – tanda vital

Mengkaji tanda – tanda vital meliputi suhu , nadi, pernafasan, tekanan darah selama 24 jam pertama masa post partum.

(Wahyuningsih, 2019).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosis	Penyebab/faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
			Mayor	Minor	
1.	Intoleransi aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan melakukan aktifitas sehari-hari.	Penyebab : 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Subjektif 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah. Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dan kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas. 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis.	1. Anemia 2. Gagal jantung koroner 3. Penyakit katup jantung 4. Aritmia 5. Penyakit paru obstruktif kronis 6. Gangguan metabolik 7. Gangguan muskuloskeletal.
2.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.	1. Hiperglikemi 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)	Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Pengisian kapiler (<i>capillary refill</i>) >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun	Subjektif 1. Parastesis 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral	1. Tromboflebitis. 2. Diabetes melitus. 3. Anemia. 4. Gagal Jantung kongenital 5. Kelainan jantung kongenital 6. Thrombosis arteri. 7. Varises. 8. Trombosis vena dalam 9. Sindrom kompartemen.

		<p>7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia)</p> <p>8. Kurang aktivitas fisik.</p>			
3.	<p>Nyeri akut (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.</p>	<p>1. Agen pencedera fisiologis (mis. infaransi, lakemia, neoplasma)</p> <p>2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)</p> <p>3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).</p>	<p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur. 	<p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma
4.	<p>Ansietas (D.0080) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektik individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan an individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional. 2. Kebutuhan tidak terpenuhi. 3. Krisis maturasional. 4. Ancaman terhadap konsep diri. 5. Ancaman terhadap kematian. 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan. 7. Disfungsi sistem keluarga. 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 	<p>Subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung. 2. Merasa khawatir dengan akibat. 3. Sulit berkonsentrasi. <p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah. 2. Tampak tegang. 3. Sulit tidur 	<p>Subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing. 2. Anoreksia. 3. Palpitasi. 4. Merasa tidak berdaya <p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat. 3. Tekanan darah meningkat. 4. Diaforesis. 5. Tremors. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit Kronis. 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap tumbuh kembang

		<ul style="list-style-type: none"> 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. 		<ul style="list-style-type: none"> 6. tampak pucat. 7. Suara bergetar. 8. Kontak mata buruk. 9. Sering berkemih. 10. Berorientasi pada masa lalu. 	
5.	<p>Gangguan pola tidur (D.0055) Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pekerjaan/meriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketidadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif (tidak tersedia)</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia) <p>Objektif (-).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/kolik 2. Hipertirodisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan

keperawatan adalah menentukan prioritas diagnose keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Purba, 2019).

Penerapan luaran keperawatan dengan menggunakan ketiga komponen luaran keperawatan yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil. Metode yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut (PPNI, 2018) :

- a. Metode dokumentasi manual/tertulis setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu maka luaran keperawatan ekspektasi dengan kriteria hasil :
 - 1) Kriteria 1 (Hasil)
 - 2) Kriteria 2 (Hasil)
- b. Metode Dokumentasi Berbasi Komputer Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu Luaran Keperawatan Ekspektasi dengan kriteri hasil :
 - 1) Kriteria 1 (Skor)
 - 2) Kriteria 2 (Skor)

Komponen tindakan, yang dilakukan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik , edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018). Pendekatan intervensi keperawatan menurut Roy direncanakan dengan tujuan merubah stimulus fokal, kontekstual dan residual serta memperluas kemampuan coping klien pada tatanan yang adaptif sehingga kemampuan adaptasi meningkat, Fokus aktifitas dalam intervensi keperawatan ditujukan pada penyelesaian etiologi dalam diagnosa kepeerawatn klien (Hidayati, 2014).

2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat, 2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat, 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, 4. Keluhan lelah menurun, 5. Tekanan darah membaik, 6. Frekuensi nadi membaik. 	<p>Manajemen energy (I.05178)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Suara, cahay, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Ambulasi (I.06171) 2. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) 3. Dukungan Meditasi (I.05172) 4. Dukungan Pemeliharaan Rumah (I.14501) 5. Dukungan Perawatan Diri (I.11348) 6. Dukungan Spiritual (I.09276) 7. Dukungan Tidur (I.09265) 8. Edukasi Latihan Fisik (I.12389) 9. Edukasi Teknik Ambulasi (I.12450) 10. Edukasi Pengukuran Nadi Radialis (I.12412) 11. Manajemen Aritmia (I.02035) 12. Manajemen Lingkungan (I.14514) 13. Manajemen Medikasi (I.14517) 14. Manajemen Mood (I.09289) 15. Manajemen Nutrisi (I.03119) 16. Manajemen Nyeri (I.08238) 17. Manajemen Program Latihan (I.05179) 18. Pemantauan Tanda Vital (I.02060) 19. Pemberian Obat (I.02062) 20. Pemberian Obat Inhalasi (I.01015) 21. Pemberian Obat Intravena (I.02065) 22. Pemberian Obat Oral (I.03128) 23. Penentuan Tujuan Bersama (I.12464) 24. Promosi Berat Badan (I.03136) 25. Promosi Dukungan Keluarga (I.13488) 26. Promosi Latihan Fisik (I.05183)

				27. Rehabilitasi Jantung (I.02081) 28. Terapi Aktivitas (I.05186) 29. Terapi Bantuan Hewan (I.09317) 30. Terapi Musik (I.08250) 31. Terapi Oksigen (I.01026) 32. Terapi Relaksasi Otot Progresif (I.05187)
2.	Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan gangguan perfusi perifer teratasi dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun 2. Edema perifer menurun 3. Kelemahan otot menurun 4. Akral membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah diastolik membaik 7. Tekanan arteri rata – rata membaik.	Perawatan Sirkulasi (I.14570) Observasi 1. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (hipertensi) 2. Monitor nyeri atau bengkak pada ekstremitas Terapeutik 1. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera Edukasi 1. Anjurkan berolahraga rutin 2. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah 3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi	1. Dukungan Berhenti Merokok. (I.01001) 2. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) 3. Edukasi Berat Badan Efektif (I.12365) 4. Edukasi Berhenti Merokok (I.12366) 5. Edukasi Diet (I.12369) 6. Edukasi Latihan Fisik (I.12389) 7. Edukasi Pengukuran Nadi Radialis (I.12412) 8. Edukasi Proses Penyakit (I.12444) 9. Edukasi Teknik Ambulasi (I.12450) 10. Insersi Intravena (I.02030) 11. Manajemen Asam Basa (I.02036) 12. Manajemen Cairan (I.03098) 13. Manajemen Hipovolemia (I.03116) 14. Manajemen Medikasi (I.14517) 15. Manajemen Spesimen Darah (I.02047) 16. Manajemen Syok (I.02048) 17. Manajemen Syok Anafilaktik (I.02049) 18. Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050) 19. Manajemen SyokKardiogenik (I.02051) 20. Manajemen Syok Neurogenik (I.02052) 21. Manajemen Syok Obstruktif (I.02053) 22. Manajemen Syok Septik (I.02054) 23. Pemantauan Cairan (I.03121)

				<p>24. Pemantauan Hasil Laboratorium (I.02057)</p> <p>25. Pemantauan Hemodinamik Invasif (I.02058)</p> <p>26. Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>27. Pemasangan Stocking Elastis (I.02061)</p> <p>28. Pemberian Obat (I.02062)</p> <p>29. Pemberian Obat Intravena (I.02065)</p> <p>30. Pemberian Obat Oral (I.03128)</p> <p>31. Pemberian produk darah</p> <p>32. Pencegahan Luka Tekan (I.14543)</p> <p>33. Pengambilan Sampel Darah Arteri (I.02069)</p> <p>34. Pengambilan Sampel Darah Vena (I.02070)</p> <p>35. Pengaturan Posisi (I.01019)</p> <p>36. Perawatan Emboli Perifer (I.02074)</p> <p>37. Perawatan Kaki (I.11354)</p> <p>38. Perawatan Neurovaskuler (I.06204)</p> <p>39. Promosi Latihan Fisik (I.05183)</p> <p>40. Surveilans (I.14582)</p> <p>41. Terapi Bekam (I.02085)</p> <p>42. Terapi Intravena (I.02086)</p> <p>43. Terapi Oksigen (I.01026)</p> <p>44. Terapi Pneumatik (I.02088)</p> <p>45. Uji Laboratorium Di Tempat Tidur (I.02090).</p>
3.	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	<p>Manajemen Nyeri : (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aroma terapi (I.08233) 2. Dukungan hipnosis diri (I.09257) 3. Edukasi Efek Samping Obat (I.12371) 4. Edukasi Manajemen Nyeri (I.12391) 5. Edukasi Proses Penyakit (I.12444) 6. Edukasi Teknik Napas (I.12452) 7. Kompres Dingin (I.08234) 8. Kompres Panas (I.08235)

	<p>4. Kesulitan tidur menurun</p> <p>5. Frekuensi nadi membaik</p> <p>6. Tekanan darah membaik</p> <p>7. Pola tidur membaik</p>	<p>dan memperingan nyeri</p> <p>5. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 4. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Konsultasi (I.12461) 10. Latihan Pernapasan (I.01007) 11. Manajemen Efek Samping Obat (I.14505) 12. Manajemen Kenyamanan Lingkungan (I.08237) 13. Manajemen Medikasi (I.14517) 14. Manajemen Sedasi (I.08239) 15. Manajemen Terapi Radiasi (I.08240) 16. Pemantauan Nyeri (I.08242) 17. Pemberian Obat (I.02062) 18. Pemberian Obat Intravena (I.02065) 19. Pemberian Obat Oral (I.03128) 20. Pemberian Obat Intravena (I.02065) 21. Pemberian Obat Topikal (I.14533) 22. Pengaturan Posisi (I.01019) 23. Perawatan Amputasi (I.14557) 24. Perawatan Kenyamanan (I.08245) 25. Teknik Distraksi (I.08247) 26. Teknik Imajinasi Terbimbing (I.08247) 27. Terapi Akupresur (I.06209) 28. Terapi Akupuntur (I.06210) 29. Terapi Bantuan Hewan (I.09317) 30. Terapi Humor (I.09321) 31. Terapi Murottal (I.08249) 32. Terapi Musik (I.08250) 33. Terapi Pemijatan (I.08251) 34. Terapi Relaksasi (I.09326) 35. Terapi Sentuhan (I.09330).
--	---	--	---

4.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun, 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, 3. Perilaku gelisah menurun, 4. Perilaku tegang menurun, 5. Pucat menurun, 6. Konsentrasi membaik, 7. Perasaan keberdayaan membaik. 	<p>Terapi Relaksasi (I.09134)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biblioterapi (I.09254) 2. Dukungan Emosional (I.09256) 3. Dukungan Hipnosis Diri (I.09257) 4. Dukungan Kelompok (I.09258) 5. Dukungan Keyakinan (I.09259) 6. Dukungan Memaafkan (I.09261) 7. Dukungan Pelaksanaan Ibadah (I.09262) 8. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I.09266) 9. Dukungan Proses Berduka (I.09274) 10. Intervensi Krisis (I.09278) 11. Konseling (I.10334) 12. Manajemen Dimensia (I.09286) 13. Persiapan Pembedahan (I.14573) 14. Teknik Distraksi (I.08247) 15. Terapi Hipnosis (I.09320) 16. Teknik Imajinasi Terbimbing (I.08247) 17. Teknik Menenangkan (I.08248) 18. Terapi Biofeedback (I.09318) 19. Terapi Diversional (I.09319) 20. Terapi Musik (I.08250) 21. Terapi Penyalahgunaan Zat (Detoksifikasi Zat) (I.09325) 22. Terapi Relaksasi Otot Progresif (I.05187) 23. Terapi Reminisens (I.09327) 24. Terapi Seni (I.09329) Terapi Validasi (I.09332)
----	----------	---	--	---

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 3. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing). 	
5.	Gangguan pola tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan pola tidur pada Ny.M meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan sering terjaga meningkat 3. Keluhan tidak puas tidur meningkat 4. Keluhan pola tidur berubah meningkat 5. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat 6. Kemampuan beraktivitas menurun. 	<p>Dukungan Tidur : (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidur rutin 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 3. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) 2. Dukungan Meditasi (I.05172) 3. Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK (I.11349) 4. Fototerapi Gangguan Mood atau Tidur (I.05175) 5. Latihan Otogenik (I.08236) 6. Manajemen Dimensia (I.09286) 7. Manajemen Energi (I.05178) 8. Manajemen Lingkungan (I.14514) 9. Manajemen Medikasi (I.14517) 10. Manajemen Nutrisi (I.03119) 11. Manajemen Nyeri (I.08238) 12. Manajemen Penggantian Hormon (I.07217) 13. Pemberian Obat Oral (I.03128) 14. Pengaturan Posisi (I.01019) 15. Promosi Koping (I.09312) 16. Promosi Latihan Fisik (I.05183) 17. Terapi Aktivitas (I.05186) 18. Terapi Musik (I.08250)

			nonfarmakologi lainnya.	19. Terapi Relaksasi (I.09326) Terapi Relaksasi Otot Progresif (I.05187).
--	--	--	-------------------------	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi, dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan (PPNI, 2017).

5. Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi asuhan keperawatan menurut SLKI (2019) yaitu:

2.3 Evaluasi Asuhan Keperawatan

S	Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
O	Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
A	Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.
P	Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebahagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan.

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Aktivitas

Aktivitas merupakan suatu energi atau keadaan untuk bergerak untuk memenuhi kebutuhan. Kemampuan aktivitas meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, serta sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem persarafan dan muskuloskeletal yang adekuat (Ambarwati & Respati, 2014).

Kebutuhan aktivitas atau pergerakan, istirahat dan tidur satu kesatuan yang saling berhubungan. Tubuh membutuhkan aktivitas untuk kegiatan fisiologis, serta membutuhkan istirahat dan tidur untuk pemulihan. Salah satu individu yang sehat adalah adanya kemampuan melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan, misalnya berdiri, berjalan, dan bekerja. Kemampuan aktivitas seseorang dipengaruhi oleh adekuatnya sistem persarafan, otot dan tulang, sendi serta faktor pendukung lainnya seperti adekuatnya fungsikardiovaskular, pernafasan, dan metabolisme (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Semua manusia pada dasarnya mempunyai kebutuhan dasar yang sama meskipun setiap manusia memiliki kebutuhan yang unik satu sama lain Maslow merupakan salah satu metode yang paling umum untuk menetapkan prioritas sesuai dengan kebutuhan klien. Ini dapat menjadi dasar penentuan dalam memberikan asuhan keperawatan dalam semua rentang usia. Pemberian layanan keperawatan saat ini berkembang sangat pesat dan menantang perawat untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas melalui pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terutama pengkajian mempunyai peran penting untuk dapat mencapai asuhan keperawatan yang berkualitas. Pengenalan perawat akan kebutuhan dasar manusia berguna untuk dapat memeriksa ketepatan penegakan setiap tindakan keperawatan (Patrisia et al., 2020).

2. Energi Dalam Aktivitas

Aktivitas fisik memerlukan energi di luar kebutuhan untuk metabolisme. Aktivitas fisik adalah gerakan yang dilakukan otot tubuh dan sistem penunjangnya. Selama aktivitas fisik, otot memerlukan energi di luar metabolisme untuk bergerak. Jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan mengeluarkan sisa-sisa dari tubuh. Kebutuhan energi untuk aktivitas fisik tergantung dari banyaknya otot yang bergerak, waktu dan beban pekerjaan yang dilakukan sehingga seseorang memerlukan energi lebih besar. Kebutuhan energi untuk pengaruh termis makanan atau kegiatan dinamik khusus adalah energi tambahan yang diperlukan tubuh untuk pencernaan makanan, absorpsi dan metabolisme zat-zat gizi yang menghasilkan energi menurut Kartasapoetra dan Marsetyo 2010.

Faktor-faktor yang mempengaruhi energi metabolisme dasar sebagai berikut ;

a. Faktor jaringan aktif di dalam tubuh

Adanya kontraksi otot dan kelenjar yang aktif merupakan alat-alat gerak aktif yang menandakan adanya jaringan aktif. Mekanisme pergerakan tulang sendiri merupakan gerakan aktif yang memerlukan tonus dan kontraksi otot.

b. Besar dan luas bidang permukaan tubuh

Seseorang yang bertubuh besar, bidang permukaan tubuhnya akan lebih luas dari pada seseorang yang bertubuh lebih kecil. Tubuh yang besar dengan bidang permukaan luas juga akan mempunyai jaringan aktif yang lebih banyak dengan demikian energi metabolisme dasar orang yang bertubuh besar akan lebih besar dari pada orang yang bertubuh lebih kecil dalam melakukan gerakan-gerakan fisik yang sama.

c. Tonus otot

Otot akan bekerja terus secara teratur selama manusia itu masih hidup dan untuk gerakannya itu selalu diperlukan energi.

d. Kehamilan

Energi metabolisme dasar yang dibutuhkan seorang ibu yang sedang hamil akan menjadi lebih tinggi daripada apa yang diperlukannya ketika tidak hamil. Menjadikannya keperluan ini lebih tinggi adalah sejalan dengan kenaikan berat tubuhnya, rata-rata biasanya sekitar 4%. menurut Kartasapoetra dan Marsetyo 2010.

3. Sistem Tubuh yang Berperan Dalam Kebutuhan Aktivitas

Pergerakan merupakan rangkaian yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem persyarafan yang didukung fungsi kardiovaskular, pernapasan, dan metabolisme.

1) Muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal terdiri atas tulang, otot dan sendi. Dari ketiga organ inilah yang dapat menyebabkan terjadinya aktivitas dan pergerakan.

a. Tulang

Tulang merupakan organ yang memiliki berbagai fungsi, yaitu fungsi mekanis untuk membentuk rangka dan tempat melekatnya berbagai otot, fungsi sebagai tempat penyimpanan mineral khususnya kalsium dan fosfor yang bisa dilepaskan setiap saat sesuai kebutuhan, fungsi tempu sumsum tulang dalam membentuk sel darah, dan fungsi pelindung organ-organ dalam. Terdapat tiga jenis tulang, yaitu tulang pipih seperti tulang kepala dan pelvis, tulang kuboid seperti tulang vertebra dan tulang tarsalia, dan tulang panjang seperti tulang femur dan tibia tulang panjang umumnya berbentuk lebar pada kedua ujung dan menyempit di tengah. Bagian ujung tulang panjang dilapisi oleh kartilago dan secara anatomis terdiri atas epifisis, metafisis dan diafisis. Epifisis dan metafisis terdapat pada kedua ujung tulang yang terpisah dan lebih elastis pada masa anak-anak serta akan menyatu pada masa dewasa.

b. Otot dan Tendon

Otot memiliki kemampuan berkontraksi yang memungkinkan tubuh bergerak sesuai dengan keinginan. Otot memiliki origo dan insersi tulang, serta dihubungkan dengan tulang melalui tendon, yaitu suatu jaringan ikat yang melekat dengan sangat kuat pada tempat insersinya di tulang. Terputusnya tendon akan mengakibatkan kontraksi otot tidak dapat menggerakkan organ di tempat insersi tendon yang bersangkutan, sehingga diperlukan penyambungan atau jahitan agar dapat berfungsi kembali.

c. Ligamen

Ligamen bagian yang menghubungkan tulang dengan tulang. Ligamen lutut merupakan struktur penjaga stabilitas, sehingga jika terputus akan mengakibatkan ketidakstabilan.

d. Sistem Saraf

Sistem saraf terdiri atas sistem saraf pusat (otak dan medula spinalis) dan sistem saraf tepi (percabangan dari pusat). memiliki bagian somatis dan otonom. Bagian somatis memiliki fungsi sensoris dan motorik. Terjadinya kerusakan pada sistem saraf pusat seperti pada fraktur tulang belakang dapat menyebabkan kelemahan secara umum, sedangkan kerusakan saraf tepi dapat mengakibatkan terganggunya daerah yang diinervasi, dan kerusakan pada saraf radial akan mengakibatkan drop hand atau gangguan sensoris di daerah radial tangan.

e. Sendi

Merupakan tempat dua atau lebih ujung bertemu. Sendi membuat segmentasi dari kerangka tubuh dan memungkinkan gerakan anatrsegmen dan berbagai derajat pertumbuhan tulang. Terdapat beberapa jenis, misalnya sendi sinovial yang merupakan sendi ke duaan ujung tulang berhadapan dilapisi oleh kartilago artikuler, ruang sendinya tertutup kapsul sendi dan berisi cairan sinoval. Selain itu, terdapat pula sendi bahu, sendi

panggul, lutut, dan jenis sendi sindesmosis, sinkondrosis, dan simfisis (Hidayat & Uliyah, 2020).

2) Sistem Persarafan

Sistem persarafan berperan dalam mengontrol fungsi motorik. Pusat pengendalian pergerakan adalah serebelum, korteks serebri, dan basal ganglia. Serebelum berperan dalam koordinasi aktivitas motorik pergerakan dan keseimbangan. Korteks serebri berperan dalam mengontrol aktivitas motorik yang disadari. Sementara itu, basal ganglia berperan dalam mempertahankan postur (Tarwoto & Wartonah, 2015).

3) Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan berperan dalam menjamin tersedianya oksigen tubuh. Oksigen dibutuhkan untuk metabolisme yang akan menghasilkan energi. Pergerakan membutuhkan energi dari hasil metabolisme. Pasien dengan kekurangan oksigen menyebabkan peningkatan pernapasan dan mengalami kelemahan fisik (Tarwoto & Wartonah, 2015).

4) Sistem Kardiovaskular

Adekuatnya fungsi kardiovaskular menjamin pompajantung dan curah jantung optimal. Sistem kardiovaskular berperan dalam transpor oksigen dan nutrien ke jaringan. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

4. Mekanisme Pergerakan

Gerak tubuh secara keseluruhan diatur dengan prinsip-prinsip fisiologis. Adanya pergerakan otot-otot memungkinkan tulang ikut bergerak melalui persendian. Tubuh dapat melaksanakan aktivitas, gerakan dengan cepat dan tepat, serta adanya pengaturan postur karena ada koordinasi gerakan tubuh di otak yaitu karena aktivitas integrasi mulai dari tingkat spinal, medula oblongata, dan korteks inilah yang mengatur postur tubuh dan memungkinkan terjadinya gerakan terkoordinasi. Untuk menggerakkan sebuah anggota badan, otak harus merencanakan gerakan yang sesuai dengan berbagai sendi pada saat yang sama, dan

menyesuaikan gerakan dengan membandingkan rencana yang ada (Tarwoto & Wartonah, 2015).

5. Mekanisme Kontraksi Otot Rangka

Mekanisme kontraksi otot rangka melibatkan tiga mekanisme yaitu adanya stimulasi dari otot motorik, transmisi neuromuskular, dan eksitasi-kontraksi koupling (Tarwoto & Wartonah, 2015).

6. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas.

- a) Gaya Hidup. Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- b) Proses Penyakit/Cedera. Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan dalam ekstremitas bagian bawah.
- c) Kebudayaan. Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat; sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- d) Tingkat Energi. Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.
- e) Usia dan Status Perkembangan. Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia (Hidayat & Uliyah, 2020).

7. Gangguan Kebutuhan Aktivitas

Bentuk gangguan kebutuhan aktivitas itu sendiri yaitu :

1) Gangguan mobilitas fisik

Menurut (PPNI, 2016) gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Perubahan dalam tingkat mobilitas fisik dapat mengakibatkan terjadinya pembatasan gerak alam bentuk tirah baring, hambatan dalam melakukan aktifitas.

Penyebab gangguan mobilitas fisik yaitu : penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan musculoskeletal, nyeri dan salah satu yang terkait dengan gangguan mobilitas fisik yaitu osteoarthritis yang merupakan peradangan pada sendi yang menyebabkan nyeri pada sendi (PPNI, 2016).

2) Gangguan pola tidur

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan stimulus dan sensori yang cukup. Selain itu tidur juga dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, melainkan merupakan sesuatu urutan siklus yang berulang (Wahit Iqbal Mubarak et al., 2015).

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Penyebab gangguan pola tidur yaitu : Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan), kurang control tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur.

3) Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktifitas didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan (Keliat, Dwi Windarwati, Pawirowiyono, & Subu, 2015). Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penyebab intoleransi aktivitas yaitu : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelamahan, imobilitas, gaya hidup monoton, Intoleransi aktivitas suatu diagnosa keperawatan yang mengidentifikasi bahwa tubuh memiliki ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pembentukan energi dilakukan di sel, tepatnya di mitokondria melalui beberapa proses tertentu. Dalam membentuk energi tubuh diperlukan nutrisi dan CO₂. Pada kondisi tertentu, mengakibatkan suplai nutrisi dan O₂ tidak sampai ke sel, dan akhirnya tubuh tidak mampu memproduksi energi yang banyak. Sehingga, penyakit apapun yang menyebabkan terhambatnya terputusnya suplai nutrisi dan O₂ ke sel, dapat mengakibatkan respon tubuh berupa intoleransi aktifitas (Wartona, 2015).

4) Kelelahan

Kelelahan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

Penyebab kelelahan yaitu : Gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan), program perawatan/pengobatan jangka panjang, peristiwa hidup negatif, stres—berlebihan, depresi.

C. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.4 Jurnal Terkait Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas

No.	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1.	Asuhan Keperawatan Pasien <i>Sectio Caesarea</i> Preeklamsia Berat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologi : Aktifitas di ruang Bougenvil RSUD Sukoharjo	Endang Astuti dan Tutik Yulianti	Juli 2015	<p>Data pengkajian yang di peroleh pasien mengatakan nyeri pada luka post SC saat bergerak karena merasa nyeri.</p> <p>Pasien mengatakan aktivatas dibantu oleh keluarga , pasien belum bisa duduk tegak, pasien mengatakan nyeri pada luka post sc dibagian bawah abdomen. keadaan pasien menyeringai menahan sakit, keadaan lemah, belum bisa melakukan perpindahan tempat.</p> <p>TD : 160/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit Suhu : 36,5 °C pasien belum bisa duduk tegak.</p> <p>Berdasarkan hasil pengkajian penulis menegakkan 4 diagnosa keperawatan yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik 2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Imobilitas 3. Gangguan perfusi berhubungan dengan Peningkatan curah jantung 4. Resiko infeksi berhubungan dengan Adanya pintu masuk organisme. <p>Intervensi untuk mengatasi diagnosa pertama nyeri akut beri posisi nyaman, ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi tingkat nyeri, pada intoleransi aktivitas, kaji tingkat kelemahan, anjurkan keluarga untuk mengawasi aktivitas, pada gangguan perfusi jaringan pantau tanda tanda vital, berikan posisi nyaman, kolaborasi tes urin terhadap proteinuria. Pada resiko infeksi kaji keadaan luka, berikan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotik.</p> <p>Implementasi membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan untuk mengatasi nyeri akut memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik relaksasi</p>

				<p>dalam untuk mengurangi tingkat nyeri, pada intoleransi aktivitas, mengkaji tingkat kelemahan, menganjurkan keluarga untuk mengawasi aktivitas, pada gangguan perfusi jaringan memantau tanda tanda vital, memberikan posisi nyaman, mengkolaborasi tes urin terhadap proteinuria. Pada resiko infeksi mengkaji keadaan luka, memberikan perawatan luka, mengkolaborasi pemberian antibiotik. Untuk evaluasi hari terakhir nyeri teratasi sebagian , intoleransi aktivitas teratasi dan sesuai kriteria, gangguan perfusi teratasi sebagian, resiko infeksi teratasi dan sesuai kriteria.</p>
2.	<p>Asuhan Keperawatan Pasien <i>Sectio Caesarea</i> Preeklamsia Berat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologi : Aktifitas di ruang VK Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi</p>	<p>Ismi Vidiawati</p>	<p>2021</p>	<p>Data yang didapatkan pada pasien Ny. I mengeluh nyeri saat bergerak. Nyeri seperti disayat-sayat, nyeri pada abdomen, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul. Melihat nonverbal dari ketidak nyamanan, klien terlihat meringis dan terlihat menahan nyeri. Pasien tidak melakukan aktivitas < 6-7 jam setelah post sc TD : 174/110 mmHg, N : 82 x/menit, RR : 20 x/menit pada Ny. I diagnosa yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik Intervensi yang akan dilakukan ajurkan memonitor nyeri secara mandiri dan akan melakukan teknik kekiri dan kekanan dengan evaluasi klien bersedia melakukan pergerakan kekiri dan kekanan, melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan dengan evaluasi klien melakukan aktivitas. Implementasi membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan untuk mengatasi nyeri akut memberikan posisi nyaman, mengajarkan teknik relaksasi dalam untuk mengurangi tingkat nyeri, pada intoleransi aktivitas, mengkaji tingkat kelemahan, menganjurkan</p>

				<p>keluarga untuk mengawasi aktivitas.</p> <p>Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien dengan keluhan subjektif klien mengatakan nyeri bekas operasi masih terasa namun sudah berkurang dari sebelumnya, nyeri saat bergerak berkurang, aktivitas masih dibantu oleh suami dan keluarganya.</p>
3.	<p>Asuhan Keperawatan Pasien <i>Sectio Caesarea</i> Preeklamsia Berat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologi : Kebutuhan Fisiologi : Aktifitas di ruang Wijaya Kusuma di RSUD dr Dradjat Prawiranegara kabupaten serang</p>	Gangga A.F	2022	<p>Data yang didapatkan pada pasien Ny J mengeluh pergerakan terbatas karena merasa nyeri pada luka operasi. Nyeri yang dirasakan menjalar ke punggung nyeri bertambah jika banyak pergerakan dan nyeri berkurang jika beristirahat. Pasien tampak meringis ketika bergerak, kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga, pergerakan terbatas. TD = 160/120 mmHg Nadi = 96 x /menit RR = 23 x/menit Suhu = 37,4°C. Berdasarkan hasil pengkajian penulis menegakkan 1 diagnosa keperawatan yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. <p>Intervensi yang akan dilakukan kaji Tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas, kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, bentuk lain untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan kondisi klien, evaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas. Implementasi yang dilakukan mengobservasi tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas, mengobservasi pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka, mengevaluasi perkembangan kemampuan klien melakukan aktivitas, mengajarkan klien/keluarga kemandirian. Hasil evaluasi yang didapatkan selama 3 hari perawatan. klien mengatakan sudah mampu beraktivitas seperti biasanya,</p>

				klien tampak beraktivitas dengan baik, keadaan umum baik.
--	--	--	--	---

D. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Konsep *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. Jenis persalinan buatan melalui proses insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat kondisi rahim dalam keadaan utuh untuk mengeluarkan janin dengan berat janin diatas 500 gram (Aprina & Putri, 2016).

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Secara garis besar dibagi menjadi dua: dari faktor ibu dan faktor janin.

- a. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas *sectio caesarea* sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir.
- b. Faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraks (Juliathi et al., 2021).

E. Konsep Penyakit Pre Eklamsia Berat

1. Konsep Penyakit

Pre Eklamsia merupakan suatu kondisi heterogen yang dapat menantang untuk mendiagnosa, mengingat spektrumnya yang luas dan kurangnya tes diagnostik yang kuat. Fitur utama dari preeklamsia adalah onset baru hipertensi (didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik

≥ 140 mm Hg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mm Hg) dan proteinuria (300 mg atau lebih besar dalam spesimen 24 jam urin) (Indra, 2021).

Pre Eklampsia Berat merupakan suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi 160 / 110 mmHg atau lebih disertai proteinuria dan oedema pada kehamilan 20 minggu atau lebih (Maylisa, 2018).

Eklampsia merupakan keadaan dimana ditemukan serangan kejang tiba-tiba yang dapat disusul dengan koma pada wanita hamil, persalinan atau masa nifas yang menunjukkan gejala preeklampsia sebelumnya (Ayu, 2020).

2 Etiologi

Menurut (Ayu, 2020) Preeklampsia berhubungan dengan beberapa faktor penting. Preeklampsia merupakan suatu kejadian yang berpengaruh besar terhadap kehamilan. Preeklampsia berdampak pada kehamilan ibu. Preeklampsia memicu terjadinya eklampsia yang dapat mengakibatkan kejang pada saat kehamilan. Pada pasien preeklampsia berat biasanya disebabkan karena kondisi komplikasi dari eklampsia, tekanan darah tidak terkontrol atau inflamasi sitemik, dan juga sering disebabkan karena perdarahan serebral.

Pada teori intoleransi imunologi preeklampsia akan berpengaruh antara ibu dan janin apabila resiko preeklampsia meningkat jika terjadi gangguan pembentukan *blocking antibodies* terhadap plasenta (bersifat antigenetik) seperti pada kehamilan pertama, kehamilan kembar (dimana jumlah antigen yaitu plasenta melebihi jumlah antibody).

Pada preeklampsia terjadi penurunan jumlah *human leucocyte* plasenta memproduksinya dalam bentuk lain sehingga terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta. Preeklampsia juga akan mengakibatkan sindrom maternal yang merupakan tahap simptomatis yang menyebabkan proteinuria, eklampsia, sindroma HELLP (hemolisis, peningkatan enzim liver, dan trombositopenia) dan kerusakan organ-organ lainnya. Gejala klinis tersebut disebabkan oleh aktivitas sel-sel endotel yang telah terjadi

pada tahap pertama dengan respon inflamasi sistemik di seluruh organ tubuh yang ditandai dengan peningkatan permeabilitas vaskuler serta hipoperfusi organ. Beberapa faktor yang memicu terjadinya preeklampsia meliputi :

a. Abnormalitas invasi tropoblas

Invasi tropoblas yang tidak terjadi atau kurang sempurna, maka akan terjadi kegagalan remodeling a. spiralis. Hal ini mengakibatkan darah menuju lakuna hemokorioendotel mengalir kurang optimal dan bila jangka waktu lama mengakibatkan hipooksigenasi atau hipoksia plasenta. Hipoksia dalam jangka lama menyebabkan kerusakan endotel pada plasenta yang menambah berat hipoksia. Produk dari kerusakan vaskuler selanjutnya akan terlepas dan memasuki darah ibu yang memicu gejala klinis preeklampsia (Pribadi et al., 2015).

1) Hamil pada usia < 20 Tahun dan > 30 Tahun

Usia dan paritas yang merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Dari segi usia, wanita hamil dengan usia <20 tahun dan >35 tahun dianggap berisiko untuk mengalami preeklampsia. Hal ini disebabkan karena seiring peningkatan usia, akan terjadi proses degeneratif yang meningkatkan risiko hipertensi kronis dan wanita dengan risikohipertensi kronik ini akan memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami preeklampsia (Siqbal, 2020).

2) Ibu hamil dengan riwayat Hipertensi sebelumnya

Ibu hamil dengan riwayat hipertensi memiliki kemungkinan 6 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat hipertensi. Pada sebagian ibu hamil dengan riwayat hipertensi kronis, maka dapat terjadi perburukan kondisi hipertensi pada kehamilan berikutnya. hipertensi yang diperberat oleh kehamilan dapat disertai dengan proteinuria atau edema patologis yang kemudian disebut dengan *superimposed* preeklampsia. Ibu hamil dengan riwayat

preeklampsia pada kehamilan sebelumnya memiliki kemungkinan 20 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia.

3) Ibu hamil dengan riwayat keturunan preeklampsia

Ibu hamil dengan riwayat keturunan preeklampsia pada ibu dan keluarganya memiliki kemungkinan 23 kali lebih besar mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mempunyai riwayat keturunan preeklampsia.

4) Ibu hamil dengan menderita penyakit Kronis

Selain hipertensi dan preeklampsia dengan kejadian preeklampsia saat ini, ibu hamil dengan riwayat menderita penyakit kronis memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak menderita riwayat penyakit kronis. Angka kejadian preeklampsia akan meningkat pada ibu hamil yang memiliki riwayat penyakit kronis sebelumnya karena pembuluh darah plasenta sudah mengalami gangguan sebelumnya. Pada kejadian saat ini Ibu hamil masih kurang dalam pengetahuan tentang bahaya preeklampsia pada kehamilannya (Ayu, 2020).

2. Tanda Dan Gejala Preeklampsia Berat

Preeklampsia berat merupakan sindroma spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah) dan proteinuria. Superimposed preeklampsia adalah kondisi dimana ditemui gejala dan tanda hipertensi yang disertai dengan munculnya :

- a. Proteinuria setelah kehamilan 20 minggu ke atas, pada wanita yang sebelumnya telah menderita hipertensi kronis.
- b. Penderita PEB menunjukkan gejala maupun tanda ke arah kejang (tanda prodromal akan terjadinya kejang)
- c. Nyeri kepala hebat,
- d. Penglihatan kabur,

e. Serta kenaikan tekanan darah yang progresif (Lalenoh, 2018).

3. Manifestasi klinis

Menurut (Dr. Noer Saudah, Dr. Indah Lestari, & Catur Prasastia Lukita Dewi, 2018). Biasanya tanda-tanda preeklampsia timbul dalam urutan : penambahan berat badan yang berlebihan, yang diikuti dengan edema, hipertensi, dan proteinuria. Tanda gejala dapat dibedakan antara preeklampsia dan eklampsia :

a. Preeklampsia

- 1) Preeklampsia ringan : tidak ada gejala – gejala subyektif
- 2) Preeklampsia berat :
 - a) Hipertensi dengan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih, diukur minimal 2 kali dengan jarak waktu 6 jam pada keadaan istirahat.
 - b) Proteinuria 5 gram 24 jam atau lebih pada pemeriksaan kualitatif
 - c) Oliguria, urine 400ml/24 jam atau kurang
 - d) Tanda dan gejala meliputi sakit kepala berat, masalah penglihatan, pandangan kabur, dan spasme arteri retina pada funduskopi, nyeri epigastrium, mual/muntah serta emosi mudah marah.
 - e) Pertumbuhan janin intrauterine terlambat.

b. Eklampsia

Umumnya kejang di dahului oleh makin memburuknya preeklampsia dan terjadi gejala – gejala nyeri kepala didaerah frontal, gangguan penglihatan, bila keadaan ini tidak segera diobati akan timbul kejang. Konvulsi eklampsia dibagi menjadi 4 tingkatan :

- 1) Tingkat awal (aura), keadaan ini berlangsung kira-kira 30 detik, mata penderita terbuka tanpa melihat, kelopak mata bergetar. Demikian pula tangannya dan kepala berputar ke kiri atau ke kanan.
- 2) Tingkat kejang tonik. Berlangsung kurang dari 30 detik. Dalam tingkat ini seluruh otot menjadi kaku, wajahnya kelihatannya

kaku, tangan menggenggam, kaki membengkok ke dalam, pernapasan berhenti, muka mulai menjadi sianotik, lidah dapat tergigit.

- 3) Tingkat kejang klonik, berlangsung antara 1-2 menit. semua otot berkontraksi dan berulang-ulang dalam tempo yang cepat, mulut membuka dan menutup, lidah dapat tergigit, bola mata menonjol, dari mulut keluar ludah yang berbusa, muka menunjukkan kongesti dan sianosis, klien menjadi tidak sadar.
- 4) Tingkat koma, lama kesadaran tidak selalu sama, secara perlahan-lahan penderita mulai sadar lagi, akan tetapi dapat terjadi pula bahwa sebelum itu timbul serangan baru dan berulang sehingga ia tetap dalam keadaan koma. Selama serangan, tekanan darah meningkat, nadi cepat dan suhu meningkat sampai 40°C.

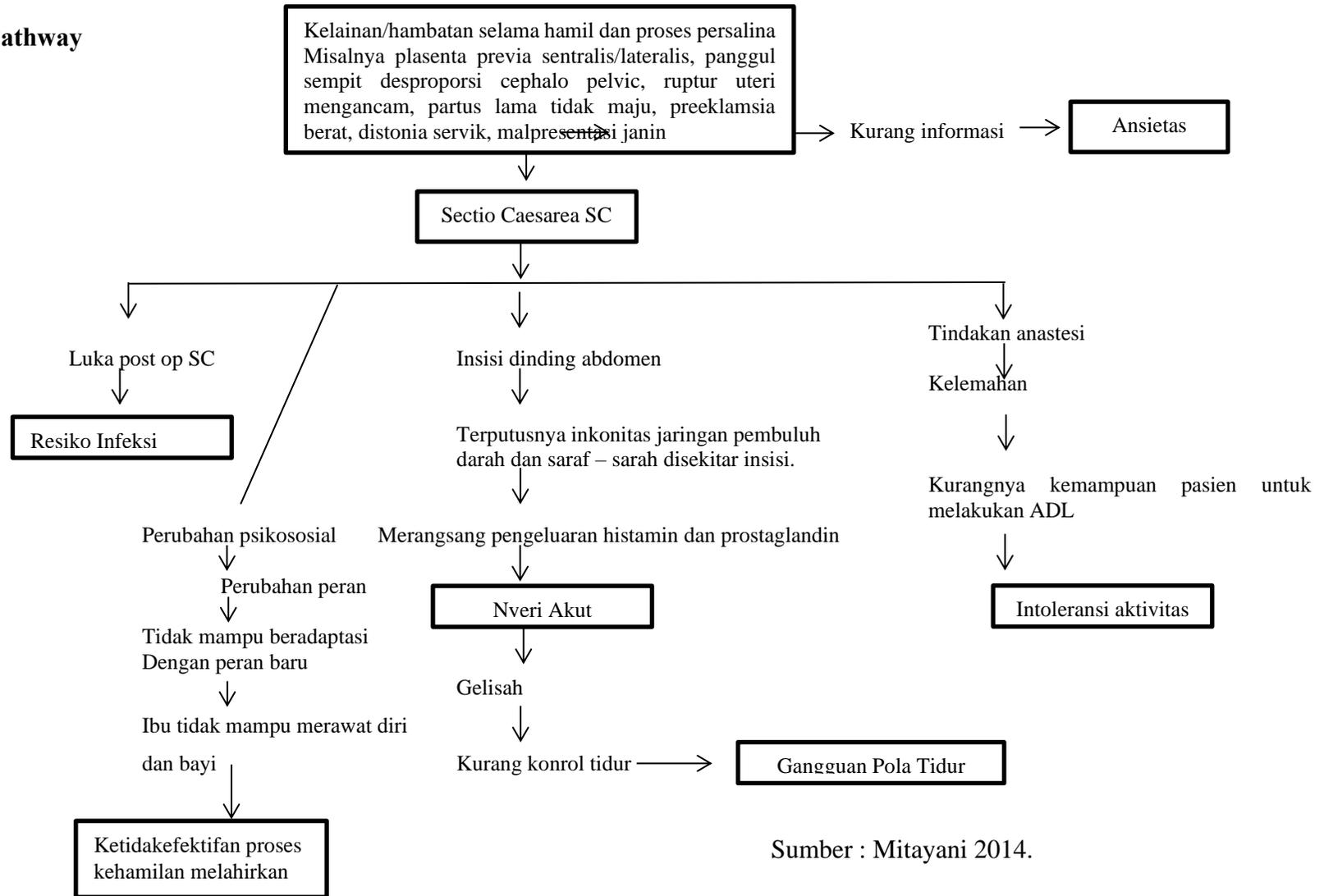
5. Patofisiologi

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi preeklampsia meliputi abnormalitas invasi tropoblas, hamil pada usia < 20 tahun atau > 30 tahun, ibu hamil dengan riwayat hipertensi, ibu hamil dengan keturunan preeklampsia, ibu hamil dengan menderita penyakit kronis yang dapat menimbulkan potensi tekanan darah meningkat (hipertensi) (Siqbal, 2020). Hipertensi menjadi penyebab rusaknya vaskuler pembuluh darah yang kemudian terjadi penyumbatan pembuluh darah. Vasokonstriksi merupakan penyempitan pembuluh darah karena mekanisme atau rangsangan tertentu pada tubuh. Gangguan sirkulasi berdampak pada beberapa organ ibu hamil dengan preeklampsia meliputi otak, ginjal, jantung dan plasenta. Pada ibu hamil dengan preeklampsia akan mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak sehingga menyebabkan suplai O₂ menurun (Pribadi et al., 2015).

Vasospasme merupakan dasar dari timbulnya proses pre eklampsia. Konstriksi vaskuler menyebabkan resistensi aliran darah dan timbulnya hipertensi arterial. Vasospasme dapat diakibatkan karena adanya peningkatan sensitivitas dari *circulating pressors*. Pre eklampsia yang berat

dapat mengakibatkan kerusakan organ tubuh yang lain. IUGR (*Intra Uter Growth Retardation*) (Ayu, 2020).

6. Pathway



Sumber : Mitayani 2014.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Pribadi et al., 2015) Ada beberapa pemeriksaan penunjang pada pasien preeklampsia berat, yaitu

a. Asam urat

Hipertensi yang disertai peningkatan asam urat berhubungan dengan pertumbuhan janin terhambat. Hiperurikemia merupakan tanda dini penyakit karena terjadi penurunan klirens asam urat sebelum penurunan filtrasi glomerular perubahan perfusi jaringan perifer gangguan rasa nyaman (nyeri) filtration rate (GFR) ginjal (salah satu indikator menilai fungsi ginjal) terjadi. Peningkatan asam urat dalam darah tidak hanya gangguan fungsi ginjal tetapi dapat pula disebabkan peningkatan stres oksidatif.

b. Kreatinin

Terjadi peningkatan kreatinin pada preeklampsia berat tetapi biasanya belum terjadi perubahan pada preeklampsia ringan.

c. Faktor pembekuan

Terjadi penurunan dari faktor III, faktor VIII selain trombositopenia. Gangguan ini menimbulkan risiko terjadi perdarahan pasca persalinan.

d. Analisis urine (proteinuria)

e. Pemeriksaan urine untuk ekskresi protein 24 jam.

8. Penatalaksanaan

Preeklamsi Berat dapat diobati secara farmakologis dan non farmakologis. Pengobatan farmakologis pada preeklamsi tentunya mengandung bahan kimia yang dapat menimbulkan efek samping, sedangkan pengobatan non farmakologis adalah pengobatan alamiah diantaranya adalah dengan terapi herbal, terapi nutrisi, aroma terapi, pijat refleksiologi dan terapi rendam kaki dengan air hangat (Damayanti & Iskandar, 2014).

a. Farmakologi

Secara farmakologi dengan menggunakan obat-obatan sesuai advis dokter seperti :

- 1) Buspirone,
- 2) Benzodiazepine,
- 3) Anti histamine, (Kartini, 2017).

b. Non-farmakologi

Penelitian terkait yang pernah dilakukan oleh (Damayanti & Iskandar, 2014) rendam kaki dengan air hangat merupakan salah satu terapi alamiah yang bertujuan untuk :

- 1) Meningkatkan sirkulasi darah,
- 2) Mengurangi edema,
- 3) Meningkatkan relaksasi otot,
- 4) Menyehatkan jantung,
- 5) Mengendorkan otot - otot,
- 6) Menghilangkan stres,
- 7) Meningkatkan permeabilitas kapiler, sehingga sangat bermanfaat untuk terapi penurunan tekanan darah pada ibu hamil penderita preeklamsi khususnya preklamsia berat. Secara ilmiah rendam kaki khususnya dengan air hangat mempunyai banyak manfaat bagi tubuh, khususnya dalam memperlancar peredaran darah. Banyak metode yang dapat diterapkan dengan merendam kaki dalam air hangat yang bertemperatur 37 – 39 derajat karena dapat terjadi pergantian panas dingin yang akan menstabilkan kerja jantung dan aliran darah. Teknik rendam kaki dengan air hangat, langkah yang perlu dipersiapkan adalah sebagai berikut:
 - a) Klien duduk di atas kursi dengan rileks dan bersandar, kemudian,
 - b) Tuang air hangat dalam ember/baskom hingga suhu 37 -39 derajat kira-kira 2 liter dari kom tersebut,
 - c) Rendam kaki sampai batas pergelangan ke dalam ember/baskom tersebut selama 15-20 menit,

- d) Setelah itu keluarkan kedua kaki, bilas dengan air dingin,
- e) Kemudian keringkan kaki menggunakan handuk.
- f) Agar kaki tetap halus dan tidak kering, oleskan krim pelembut (body lotion) (Lalage, 2015).