

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 berintegritas terhadap fungsi intelektual problem- solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik, dalam pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan ibu terhadap perawatan. Pengkajian yang dilakukan terhadap ibu post *sectio caesarea* dengan oligohidramnion sebagai berikut.

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang menonjol pada pasien adalah nyeri perut pada setiap pergerakan karena luka jahit post *sectio caesarea*.

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

Keadaan yang didapatkan pada saat pengkajian misalnya nyeri, lemas, mata berkunang-kunang, pusing, cepat lelah, belum bisa bergerak bebas, wajah pucat.

P: Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak

Q: nyeri seperti tersayat

R: nyeri di area luka operasi tidak menyebar

S: skala nyeri Ny. N 4 dan Ny. O 6

T: nyeri hilang timbul +/- 5 menit sekali

2) Riwayat Kesehatan masa lalu

Penyebab oligohidramnion tidak dapat dipahami sepenuhnya. Mayoritas wanita hamil yang mengalami tidak tau apa penyebab pastinya. Penyebab oligohidramnion yang telah terdeteksi adalah cacat bawaan janin dan bocornya kantung/ membran cairan ketuban yang mengelilingi janin dalam Rahim. Sekitar 7% bayi dari wanita yang mengalami oligohidramnion mengalami cacat bawaan, seperti gangguan ginjal dan saluran kandung karena jumlah urin yang produksi janin berkurang.

Masalah kesehatan lain yang juga telah dihubungkan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, dan masalah pada plasenta.

3) Riwayat Kesehatan keluarga

Gejala yang kemungkinan dialami wanita dengan oligohidramnion adalah:

1. Rahim tampak lebih kecil dari usia kehamilan
2. Ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan anak
3. Sering berakhir dengan partus premature
4. Bunyi jantung anak sudah bersuara mulai bulan kelima dan suara lebih jelas
5. Persalinan lebih lama dari biasanya
6. Bila ketuban pecah, udara ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

4) Pemeriksaan

Pemeriksaan dengan USG dapat mendiagnosa apakah cairan ketuban terlalu sedikit atau terlalu banyak. Umumnya para dokter akan mengukur ketinggian cairan dengan nama ketuban cairan indeks (AFI). Jika ketinggian cairan ketuban yang diukur kurang

dari 5 cm, calon ibu tersebut didiagnosa mengalami oligohidramnion.

5) Komplikasi

Masalah-masalah yang dihubungkan dengan sedikitnya cairan ketuban berbeda-beda tergantung dari usia kehamilan. Oligohidramnion dapat terjadi dimasa kehamilan trimester pertama atau pertengahan usia kehamilan trimester akhir. Sangat sedikitnya cairan ketuban dimasa awal kehamilan dapat menekan organ-organ janin penyebab kecacatan, seperti kerusakan paru-paru dan lengan.

Oligohidramnion yang terjadi di pertengahan masa kehamilan juga meningkat resiko kelahiran prematur dan kematian bayi dalam kandungan. Jika oligohidramnion terjadi di masa kehamilan trimester terakhir, hal ini mungkin berhubungan dengan pertumbuhan janin yang kurang baik. Disaat-saat akhir kehamilan, oligohidramnion dapat meningkatkan resiko komplikasi persalinan, termasuk kerusakan pada ari-ari keputusan saluran oksigen pada janin dan penyebab kematian janin. Wanita yang mengalami oligohidramnion lebih cenderung mengalami operasi Caesar saat persalinannya.

6) Tindakan konservatif

1. Pemberian cairan cukup
2. Asupan nutrisi yang seimbang
3. Pemantauan janin
4. Pemeriksaan USG
5. Amnioninfusi

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa 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).

Diagnosa keperawatan

N O	Diagnosis	Penyebab	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1	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 dari 3 bulan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan). 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangka t berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	Subjektif (tidak tersedia) Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghinda ri nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur. 	Subjektif (tidakterseedia) Objektif <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
2	Intoleransi aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan melakukan aktifitas sehari-hari.	Penyebab : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 4. Gaya hidup monoton 	Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat 	Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah. Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah berubah >20% dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia 2. Gagal jantung koroner 3. Penyakit katup jantung 4. Aritmia 5. Penyakit paru obstruktif kronis 6. Gangguan metabolik 7. Gangguan muskuloske

				kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas. 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis.	letal.
3	Gangguan pola tidur (D.0055) Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi Restraint fisik Ketiadaan teman tidur 4. Tidak familiar dengan peralatan tidur	Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (tidak tersedia)	Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif (tidak tersedia)	1. Nyeri 2. Hipertensi 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan
4	Anxietas (D.0080) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan	1. Krisis situasional. 2. Kebutuhan tidak terpenuhi. 3. Krisis maturasional. 4. Ancaman terhadap konsep diri. 5. Ancaman terhadap kematian. 6. Kekhawatiran	Subjektif 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat. 3. Sulit berkonsentrasi. Objektif 1. Tampak gelisah. 2. Tampak tegang.	Subjektif 1. Mengeluh pusing Anoreksia 2. Palpitasi 3. Merasa tidak berdaya Objektif 1. Frekuensi napas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat.	1. Penyakit Kronis. 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap

	n individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	<p>an mengalami kegagalan.</p> <p>7. Disfungsi sistem keluarga.</p> <p>8. Hubungan orang tuaanak tidak memuaskan</p> <p>9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)</p> <p>10. Penyalahgunaan zat.</p> <p>11. Terpapar bahaya lingkungan (mis.toksin, polutan,dan lain-lain).</p> <p>12. Kurang terpapar informasi.</p>	3. Sulit tidur	<p>3. Tekanan darah meningkat.</p> <p>4. Diaforesis</p> <p>5. Tremor</p> <p>6. Tampak pucat.</p> <p>7. Suara bergetar</p> <p>8. Kontak mata buruk.</p> <p>9. Sering berkemih.</p> <p>10. Berorientasi pada masa lalu.</p>	tumbuh kembang.
--	---------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami pasien masalah yang dirumuskan dalam diagnose keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar.perencanaan yang disusun terdiri dari: perencanaan tujuan (outcome) dan perencanaan Tindakan (intervensi). Standar perencanaan dalam keperawatan diantaranya adalah (SIKI) dan (SLKI). (Suarni & Apriyani 2017).

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tabel 1 Intervensi Keperawatan Diagnosa

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lama dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. Infark miokard, laktasia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi) <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p>	<p>Terapi relaksasi (L.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 nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, bio feedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aroma terapi 2. Pemantauan nyeri 3. Dukungan hipnosis diri 4. Dukungan pengungkapan kebutuhan 5. Edukasi efek samping obat 6. Edukasi terapi relaksasi 7. Edukasi proses penyakit 8. Edukasi teknik napas 9. Kompres dingin 10. Kompres hangat 11. Konsultasi 12. Latihan pernapasan 13. Manajemen efek samping obat 14. Manajemen kenyamanan lingkungan 15. Manajemen Medikasi 16. Pemberian obat 17. Teknik distraksi 18. Teknik relaksasi 19. Teknik murottal

<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>Gejala dan</p> <p>Minor Subjektif</p> <p>(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. Diafore 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strateg imeredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jikaperlu 	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan terapi aktivitas

Diagnosakeperawatan	Intervensi utama	Intervensipendukung
<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Definisi: Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah <p>Gejala Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah <p>KondisiKlinisTerkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia 2. Gagal jantung kongestif 3. Aritmia 4. Gangguan metabolik 5. Gangguan musectio caesarea 	<p>Terapi aktivitas (L01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi deficit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas 3. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia 4. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. Ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan 5. Fasilitasi aktivitas motoric untuk merelaksasikan otot 6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, <i>jika perlu</i> 2. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan 3. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Dukungan meditasi 4. Dukungan pemeliharaan rumah 5. Dukungan perawatan diri 6. Dukungan spiritual 7. Dukungan tidur 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi teknik ambulasi 10. Edukasi pengukuran nadi radialis 11. Manajemen aritmia 12. Manajemen lingkungan 13. Manajemen medikasi 14. Manajemen mood 15. Pemantauan tanda-tanda vital 16. Pemberian obat 17. Promosi dukungan keluarga 18. Promosi latihan fisik 19. Terapi aktivitas 20. Terapi music

Muloskeletal		
--------------	--	--

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Diagnosakeperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
<p>Gangguan polatidur</p> <p>Definisi:</p> <p>Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p style="padding-left: 40px;">Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur (tidak tersedia) 2. Mengeluh sering terjaga 	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan meditasi 3. Dukungan perawatan diri BAB/BAK 4. Pototrapi gangguan mood/tidur 5. Latihan otogenik 6. Manajemen demensia 7. Manajemen energy 8. Manajemen lingkungan 9. Manajemen medikasi 10. Manajemen nutrisi 11. Terapi relaksasi 12. Manajemen penggantian hormone 13. Pemberian obat oral 14. Pengaturan posisi 15. Promosi koping 16. Promosi latihan fisik 17. Reduksi ansietas 18. Teknik menenangkan 19. Terapi aktivitas 20. Terapi music 21. Terapi pemijitan 22. Terapi relaksasi 23. Terapi relaksasi otot progresif

<p>3. Mengeluh tidak puas tidur</p> <p>4. Mengeluh pola tidur berubah</p> <p>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p>	<p>pemberian obat dan/ atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p>	
<p>Gejala dan Tanda Minor</p>	<p>Edukasi</p>	
<p>Subjektif</p>	<p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p>	
<p>Objektif</p>	<p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p>	
<p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (tidak tersedia)</p>	<p>3. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur</p>	
<p>Kondisi Klinis Terkait</p>	<p>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p>	
<p>1. Nyeri/kolik</p>	<p>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shif tbekerja)</p>	
<p>2. Hipertirodisme</p>	<p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi lainnya</p>	
<p>3. Kecemasan</p>	<p>Edukasi Aktivitas dan Istirahat(I.12362)</p>	
<p>4. Penyakit paru obstruktif kronis</p>	<p>Observasi</p>	
<p>5. Kehamilan</p>	<p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p>	
<p>6. Periode <i>pasectio caesareaa</i> partum</p>	<p>Terapeutik</p>	
<p>7. Kondisi <i>pasectio caesareaa</i> operasi</p>	<p>1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</p>	
	<p>2. Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</p>	
	<p>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p>	

	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas)5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diagnosakeperawatan	Intervensi utama	Intervensipendukung
<p>Ansietas</p> <p>Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturisional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Disfungsi sistem keluarga 7. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 8. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Tosin, polutan, dll) 9. Kurang terpapar informasi <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi 	<p>Terapi Relaksasi (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat penurunan energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kognitif 2. Mengidentifikasi 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 5. Monitor respon terhadap relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik, jika sesuai <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. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan kontrol marah 2. Dukungan emosi 3. Dukungan hipnosis diri 4. Dukungan kelompok 5. Dukungan keyakinan 6. Dukungan memaafkan 7. Dukungan pelaksanaan ibadah 8. Dukungan pengungkapan kebutuhan 9. Dukungan proses berduka 10. Intervensi krisis 11. Konseling 12. Manajemen dimensia 13. Teknik distraksi 14. Terapi hipnosis 15. Teknik imajinasi terbimbing 16. Teknik menenangkan 17. Teknik diversional 18. Terapi musik 19. Terapi relaksasi otot progresif 20. Terapi reminisens 21. Tetapi seni 22. Terapi validasi

<p>Gejala Tanda Minor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis progresif 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Ruang operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6. Penyakit neurologis 7. Tahap tumbuh kembang 	<p>teknik yang dipilih</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Demostrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

1. Implementasi

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang mengasuh pasien sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan anggota keluarga.

2. Evaluasi

Evaluasi kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Untuk mempermudah proses mengevaluasi/ memantau perkembangan pasien. Digunakan komponen SOAP sebagai berikut:

S: Data subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.

O: Data objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan dilakukan.

A: Analisa adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P: Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Suarni&Apriyani2017:75)

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang secara langsung mempengaruhi kehidupan kematian manusia, sehingga harus segera terpenuhi. Kebutuhan dasar orang yang dikelompokkan kedalam lima katagor terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk suatu piramida. Artinya kebutuhan pada tingkat pertama harus dipenuhi sebelum seseorang naik untuk memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. Kebutuhan tersebut adalah kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, kebutuhan pengakuan dan kebutuhan aktualitas diri (Wahyuni, 2022).

Kebutuhan dasar manusia menurut maslow sebagai berikut :

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar yang bersifat kompulsif dan kebutuhannya harus dipenuhi agar dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti makanan, pakaian dan tempat tinggal (Wahyuni, 2022).

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan dasar manusia yang kedua adalah kebutuhan akan rasa aman. Kebutuhan ini menjadi kebutuhan dasar syarat pertamayang terpenuhi. Keamanan sangat dibutuhkan dalam kehidupan manusia. Ada banyak pilihan untuk orang memenuhi kebutuhan keamanan mereka dapat dipahami dalam kehidupan bermasyarakat. kebutuhan ini bersifat psikologis, seperti perlakuan yang manusiawi dan adil (Wahyuni, 2022).

c. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki

Tingkatan hierarki kebutuhan maslow yang ketiga yaitu kebutuhan cinta dan rasa memiliki (*social needs*). Pemenuhan kebutuhan ini dilakukan ketika kebutuhan rasa aman sudah

tercukupi. Pada aspek kebutuhan ini, seseorang fokus pada dirinya agar memiliki teman, rasa cinta, dan rasa diterima kebahagiaan seseorang apabila disukai dan bisa bersosialisasi dengan baik bersama orang lain (Wahyuni, 2022).

d. Kebutuhan untuk dihargai

Kebutuhan ini berkaitan dengan kebutuhan untuk merasa dihormati, dihargai dan diterima oleh orang lain. Oleh karena itu, kebutuhan untuk dihargai adalah pemberian penghargaan kepercayaan, atas keterampilan yang dimiliki dan diperoleh orang tersebut (Wahyuni, 2022).

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Tingkatan kebutuhan tertinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*) dan akan dipenuhi setelah semua kebutuhan yang lain sudah terpenuhi. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan akan pemenuhan diri pribadi yaitu bakat dan potensi yang dimilikinya dengan memaksimalkan kemampuannya untuk menjadi manusia yang unggul (Wahyuni, 2022).

1. Konsep kebutuhan rasa nyeri

a. Definisi kenyamanan

Kenyamanan / rasa nyeri adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri).

b. Prinsip kebutuhan rasa nyeri

Kenyamanan juga harus dipandang secara holistic, yang mencakup empat aspek yaitu :

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal , keluarga dan sosial

- 3) Pikopiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri, yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsure lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyeri diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum, dalam aplikasi pemenuhan kebutuhan rasa nyeri adalah kebutuhan rasa nyeri bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang memengaruhi perasaan tidak nyaman klien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada klien.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

Menurut sensussina 2020 berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan seseorang, antara lain:

- 1) Emosi: kecemasan, depresi, dan marah
- 2) Status mobilisasi: keterbatasan aktivitas, parasilitas, kelemahan otot, dan kesadaran menurun
- 3) Gangguan persepsi sensori: mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.
- 4) Keadaan imunitas: gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
- 5) Tingkat kesadaran: pada pasien koma, responden akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, desioorientasi dan kurang tidur
- 6) Informasi atau komunikasi: gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan
- 7) Gangguan tingkat pengetahuan: kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya

- 8) Penggunaan antibiotic yang tidak rasional: antibiotic dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok
- 9) Status gizi: keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat beresiko terhadap penyakit tertentu
- 10) Usia: perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri
- 11) Jenis kelamin: secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya
- 12) Kebudayaan: keyakinan atau nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya

2. Pengertian gangguan nyeri akut

Gangguan nyeri akut adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya. Gangguan nyeri akut mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkelelahan, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk rileks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. Gangguan nyeri akut merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

a. Penyebab gangguan nyeri akut

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan nyeri akut adalah:

- 1) Gejala penyakit.

- 2) Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
 - 3) Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
 - 4) Kurangnya privasi. Gangguan stimulasi lingkungan.
 - 5) Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
 - 6) Gangguan adaptasi kehamilan.
- b. Gejala dan tanda gangguan nyeri akut

Gejala dan tanda gangguan nyeri akut dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2017)

Gejala dan tanda mayor

Data subjektif:

- 1) Mengeluh tidak nyaman

Data objektif:

- 1) Gelisah

Gejala dan tanda minor

Data subjektif:

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Tidak mampu rileks
- 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- 4) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual
- 6) Mengeluh lelah

Data objektif:

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas

C. Konsep Tindakan *Sectio caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam kondisi utuh dan bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015; Restianti 2017).

Sectio caesarea adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan jaman, *sectio caesarea* ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. *Sectio caesarea* ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (emergency) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni et al.,2018).

Bedah cesar dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah prosedur persalinan dengan pembedahan dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, anak, anastesi dan bidan (Akmal M dkk, 2016).

Caesar atau bedah cesar atau dikenal pula dengan caesarean section (disingkat c-section) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan, yang mana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Istilah Caesar ini masih belum jelas, tetapi diperkirakan diambil dari kata kerja bahasa Latin, caedere yang artinya “membedah” dan dari hokum Romawi dari istilah lexcaesarea, yakni prosedur yang perlu dilakukan pada ibu hamil yang meninggal untuk menyelamatkan nyawa sang bayi (Akmal M dkk, 2016).

2. Indikasi *Sectio caesarea*

Tindakan *sectio caesarea* ini dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari tubuh sang ibu. Biasanya tindakan ini dilakukan apabila ditemukan komplikasi pada sang bayi atau ibu jika tetap dilakukan persalinan melalui

pervaginam. Ada beberapa indikasi yang mengharuskan dilakukannya *sectio caesarea* yaitu indikasi absolut dan indikasi relative. Untuk indikasi absolut yaitu:

1) Absolut disproportion

Ukuran panggul ibu yang terlalu kecil dapat menjadi faktor penyulit untuk dilakukannya persalinan pervaginam sehingga *sectio caesarea* perlu dilakukan untuk mengeluarkan bayi.

2) Chorioamnionitis

Air ketuban yang terkena infeksi nantinya bisa menularkan infeksi pada bayi dalam rahim sehingga perlu dilakukan tindakan secepatnya untuk mengeluarkan bayi agar tidak terkena infeksi.

3) Eklamsia

Eklamsia ini merupakan kondisi ibu hamil dengan hipertensi yang dimana eklamsia termasuk ibu hamil dengan risiko tinggi sehingga *sectio caesarea* perlu dilakukan.

4) Plasenta Previa

Plasenta yang menempel menutupi jalan lahir juga merupakan indikasi dilakukannya *sectio caesarea*.

5) Presentasi yang abnormal

Posisi bayi yang tidak seharusnya saat cukup bulan menjadikannya sebagai indikasi *sectio caesarea*.

6) Ruptur Uteri

Merupakan salah satu gawat darurat obstetrik sehingga perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan sang bayi dan ibu (Frieese & Mylona, 2018).

Sedangkan untuk indikasi relatif yaitu:

1) Kegagalan dalam persalinan pervaginam

Pembukaan yang lama saat persalinan ini juga merupakan salah satu tanda kegagalan dalam persalinan pervaginam. Hal ini bisa dijadikan indikasi untuk tindakan *sectio caesarea*.

2) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

Adanya riwayat *sectio caesarea* tidak menutup kemungkinan

persalinan selanjutnya perlu dilakukan *sectio caesarea* (Frieze & Mylonas, 2018).

3. Kontraindikasi *Sectio caesarea*

Ada beberapa kondisi dimana *sectio caesarea* tidak boleh dilakukan, contohnya:

1) IUFD

Kondisi dimana sang bayi meninggal didalam kandungan.

2) Anemia berat

Pada saat sang ibu mengalami anemia berat, otomatis kadar hemoglobin juga menurun sehingga meningkatkan risiko perdarahan.

3) Kelainan kongenital berat

Bayi yang diketahui memiliki abnormalitas kelainan kongenital berat dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir seperti anencephaly

4) Infeksi piogenik pada dinding abdomen

Merupakan infeksi peradangan lokal pada perut

5) Fasilitas yang minim untuk melakukan tindakan *sectio caesarea*

Apabila fasilitas tidak memungkinkan untuk dilakukan *sectio caesarea*, pasien bisa dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas cukup untuk tindakan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2017).

4. Komplikasi *Sectio caesarea*

Banyak komplikasi yang dapat terjadi jika dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Ada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Komplikasi jangka pendek ini terjadi sesaat setelah dilakukannya tindakan, seperti:

1) Kematian ibu

Tindakan *sectio caesarea* dapat menyebabkan kematian sang ibu yang biasanya disebabkan sepsis. Kematian ibu juga dapat terjadi akibat dari komplikasi anestesi. Di bandingkan dengan kelahiran pervaginam, kematian ibu setelah operasi caesar adalah tiga kali lebih tinggi (Kallianidis et al., 2018).

2) Perdarahan

Perdarahan rentan terjadi saat tindakan *sectio caesarea* dibanding persalinan pervaginam. Biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus. (Butwick et al., 2017).

3) Infeksi

Infeksi ini merupakan salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan *sectio caesarea*. Penggunaan antibiotik profilaksis yang kurang tepat merupakan faktor pemicunya (Kawakita & Landy, 2017).

4) Cedera bedah insidental

Trauma pada kantong kemih sering terjadi setelah tindakan *sectio caesarea* dikarenakan posisinya terletak dekat dengan uterus (Bodean et al., 2018).

5) Masa rawat inap lebih lama

Wanita yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea* akan lebih lama dirawat dibanding dengan wanita yang melakukan persalinan per vaginam karena ada hal-hal yang perlu dievaluasi pada *sectio caesarea* (Pereira et al., 2016).

6) Histerektomi

Tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan uterus terus menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberi oksitosin. Agar mengurangi risiko perdarahan yang lebih jauh, histerektomi perlu dilakukan agar tidak terjadi syok pada sang ibu (Huque et al., 2018).

7) Nyeri akut

Setelah efek anestesi habis, wanita biasanya merasakan nyeri yang luar biasa pasca tindakan *sectio caesarea*. Biasanya ditangani dengan anti nyeri golongan narkotik tetapi perlu diperhatikan disini untuk pemberian narkotik dapat berefek pada psikologi sang ibu (Borges et al., 2017).

D. Konsep penyakit

1. Definisi

Oligohidramnion merupakan suatu keadaan dimana air ketuban kurang

dari normal yaitu 500 ml yang mempunyai resiko terjadinya gawat janin maupun infeksi. Terdapat insiden oligohidramnion sekitar 3,9 % dari seluruh kehamilan, namun estimasi sekitar 12 % dari kehamilan usia 40 minggu atau lebih (Lumentut andTendean 2016).

Oligohidramnion merupakan resiko maternal yang paling banyak ditemukan pada hipertensi dalam kehamilan dimana insiden oligohidramnion kedua terbanyak didapatkan pada kelompok dengan hipertensi dalam kehamilan yaitu sebesar 35% dan pada kehamilan Postterem, insufisiensi plasenta merupakan faktor utama penurunan jumlah cairan ketuban oligohidramnion rentan terjadi pada masa awal kehamilan yang mana menandakan pertumbuhan janin terlalu lambat. (Rabie et al., 2017).

Menurut penelitian (Hou et al., 2020) wanita dengan oligohidramnion memiliki peningkatan yang bermakna, 2,2 kali lipat, akan resiko melahirkan dengan seksio sesaria atas indikasi fetal distress dan 5,2 kali lipat peningkatan resiko nilai APGAR dengan menit ke-5 kurang dari 7. Wanita dengan oligohidramnion yang melahirkan pervaginam dibandingkan dengan wanita tanpa oligohidramnion tidak memiliki peningkatan risiko hasil yang merugikan secara signifikan, kecuali komplikasi postpartum seperti *dehiscutio caesareaence* luka, robekan sudut uterus, infeksi nifas, dan emboli vena. Secara keseluruhan komplikasi ini terjadi pada tingkat yang lebih tinggi pada semua wanita dengan oligohidramnion terlepas dari cara persalinan mungkin karena peningkatan risiko persalinan operatif atau induksi dari pada akibat oligohidramnion itu sendiri.

2. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obsrtuksi saluran traktus urinarius janin atau renal agensis. Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50 % kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal

kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama. Sebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini.

3. Faktor Yang Mempengaruhi

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, KPD, dan kehamilan postterm. Kelainan kongenital yang 2 paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih (kelainan ginjal bilateral dan obstruksi uretra) dan kelainan kromosom Insufisiensi plasenta oleh sebab apapun dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronis akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadinya penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadilah oligohidramnion (Cheung & Brace, 2020).

4. Patofisiologi

Penyebab oligohidramnion belum diketahui dengan jelas, penyebab primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan sekunder ketuban pecah dini (Rabie et al., 2017).

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala oligohidramnion menurut Y. L. Latin (2014) adalah:

- 1) “Molding” uterus mengelilingi janin.
- 2) Janin dapat diraba dengan mudah.
- 3) Tidak ada efek pantul (ballotement) pada janin.
- 4) Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat.
- 5) Tinggi fundus yang lebih rendah sedikitnya 3 cm atau lebih dibandingkan tinggi fundus pada usia kehamilannya.

6. Komplikasi Oligohidramnion

Salah satu masalah atau komplikasi kelahiran prematur yang terjadi pada ibu dan janin yaitu Oligohidramnion dan sangat sedikit cairan ketuban. Ini karena janin menghasilkan sangat sedikit cairan ketuban.

Selain itu, bisa juga di sebabkan oleh kebocoran cairan ketuban yang biasanya disebabkan oleh pecahnya selaput ketuban yang menutupinya. (Rahmatullah, 2019). Hal ini juga dapat disebabkan oleh ketuban pecah dini, yang dapat mempengaruhi janin karena sedikit cairan ketuban akan menyebabkan tekanan permukaan tubuh janin menjadi rendah sehingga mengakibatkan penurunan aliran darah ibu janin. Hal ini disebabkan bayi mengalami hipoksia atau gangguan pertukaran gas (O₂) yang berujung pada nyeri yang fatal dan terus muncul asfiksia pada bayi baru lahir. (Maryanti & Palupi, 2020).

E. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

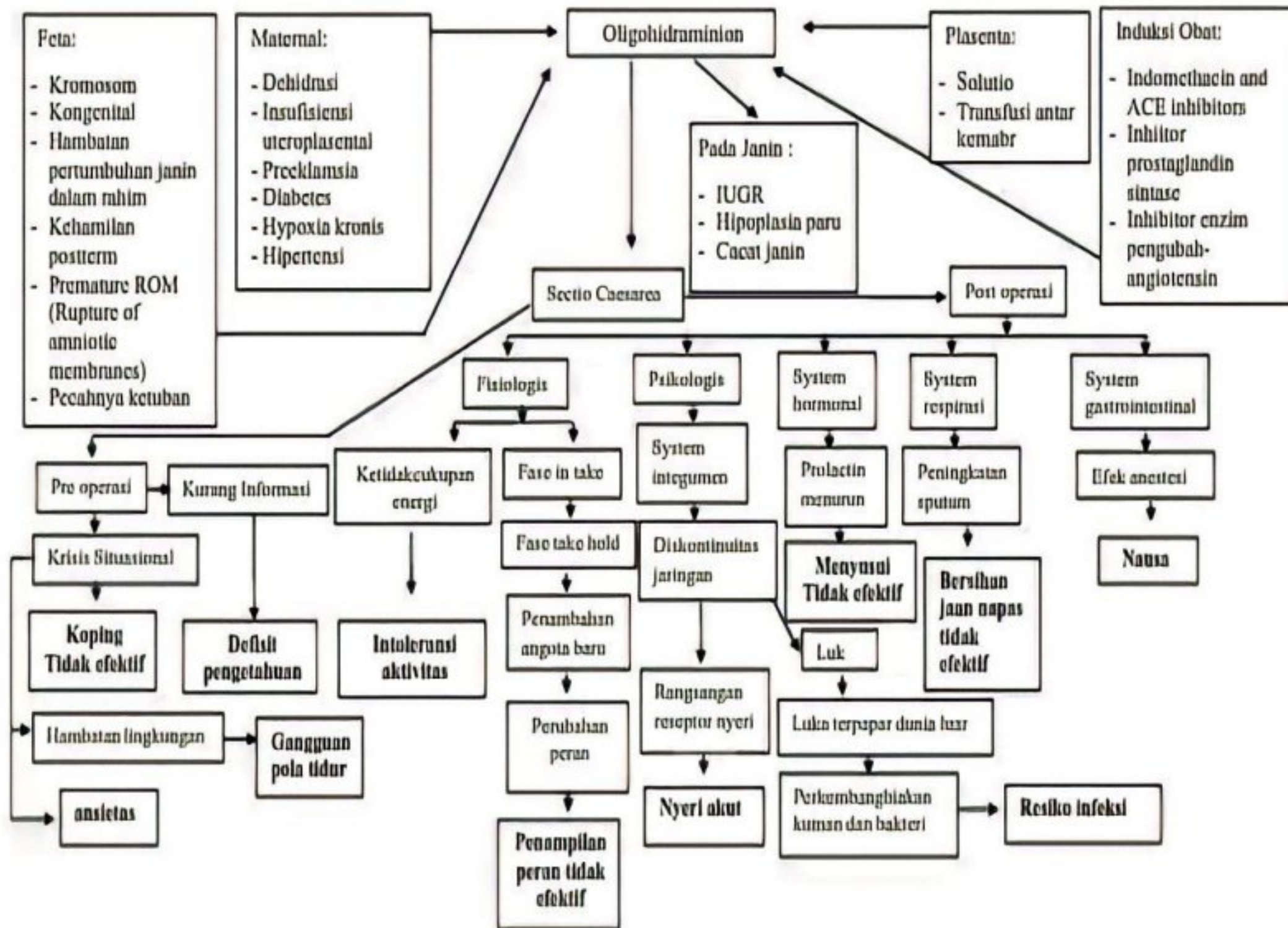
No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1	Asuhan keperawatan pada pasien post section caesarea atas indikasi oligohidramnion di tasikmalaya	Siti Rosita	2021	Pada tahap pengkajian yang dilakukan pada Ny. S didapatkan hasil: riwayat obstetric G1P1A1H1, keadaan luka operasi baik serta tidak ada tanda-tanda infeksi. Penulis juga menemukan kesenjangan yang terdapat pada landasan teori dan kasus yaitu, pada pola nutrisi/cairan, paa teori IMT kenaikan berat badan yang baik termasuk dalam IMT normal yaitu 11-16 kg. sedangkan IMT Ny. S yaitu 23,86 termasuk dalam kategori normal, tetapi BB Ny. S hanya naik 6 kg. Pada tahap diagnosa keperawatan,penulis merumusan diagnosa keperawatan dan analisa melalui indentifikasi masalah Pasien. Pada kasus Ny S ditegakkan empat diagnosa keperawatan yang pertama yaitu diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi <i>sectio caesarea</i> , diagnosa kedua hambatan rasa nyeri berhubungan dengan luka operasi <i>sectio caesarea</i> , diagnosa ketiga personal hygiene berhubungan dengan mandi yang terganggu karena luka <i>sectio caesarea</i> dan diagnosa keempat defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Faktor pendukung dalam menegakan diagnosa keperawatan yaitu Ny S dapat kooperatif pada saat dilakukan pengkajian, Pasien mengungkapkan keluhan yang dirasa setelah operasi <i>sectio caesarea</i> ,

				<p>sehingga penulis dapat memperoleh data objektif dan subjektif sesuai dengan situasi dan kondisi Pasien serta mendapatkan sumber teoritis yang mendukung.</p> <p>Setelah menegakkan diagnose keperawatan yang dialami Ny S, selanjutnya adalah membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa yang telah ditegakan. Tidak terdapat kesenjangan pada teori dan kasus perencanaan keperawatan, tahap dalam perencanaan yaitu dengan menentukan rencana tindakan yang akan dilaksanakan berdasarkan diagnosa kasus yang disesuaikan dengan kondisi Pasien yang bertujuan untuk mengurangi, mencegah dan menghilangkan masalah keperawatan.</p>
2	Asuhan keperawatan pada pasien pre dan post section caesarea atas indikasi oligohidramnion studi kasus di ruang Sakinah RS Muhammadiyah Lamongan	Sofiyah, Safina Filus	2022	<p>Pendahuluan : Oligohidramnion merupakan keadaan dimana air ketuban yang sedikit atau kurang dari normal yaitu kurang dari 500 cc. Penyebab dari oligohidramnion belum diketahui dengan jelas, namun diduga adanya penyebab primer dan sekunder. Penyebab primer karena adanya pertumbuhan amnion yang kurang baik, dan sedangkan penyebab sekunder adanya keluar cairan dari jalan lahir. Penatalaksanaan kasus dengan oligohidramnion sering diakhiri dengan persalinan <i>sectio caesarea</i>. Tujuan : Laporan kasus ini bertujuan untuk menganalisis manajemen asuhan keperawatan maternitas pada pasien pre dan post <i>sectio caesarea</i> atas indikasi oligohidramnion Metode : Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu deskriptif dengan menggunakan pendekatan kasus (case report) Hasil : Hasil yang didapatkan dari menganalisis manajemen asuhan keperawatan pada ketiga pasien pre dan post <i>sectio caesarea</i> atas indikasi oligohidramnion, yaitu : terdapat persamaan dan perbedaan pada hasil pengkajian pasien, diagnose keperawatan, perencanaan intervensi, implementasi, dan evaluasi yang menunjukkan hasil sesuai yang diharapkan. Kesimpulan : kesimpulan dari pemberian manajemen asuhan keperawatan maternitas pada pasien pre dan post</p>

				<i>sectio caesarea</i> atas indikasi oligohidramnion, dapat mengatasi dengan tepat masalah keperawatan yang timbul pada pasien pre dan post <i>sectio caesarea</i> dengan oligohidramnion.
3	Asuhan Keperawatan post section caesarea dengan oligohidramnion	Tessya Meizana, Aida Fitri, Mariatul Kifita	2022	<p>Data World Health Organization (WHO), menunjukkan persalinan <i>sectio caesarea</i> mencapai 5%-15% per 1000 kelahiran di dunia dengan salah satu penyebab adalah oligohidramnion. Pada tahun 2021, kelahiran dengan <i>sectio caesarea</i> di RSUDZA Banda Aceh sebesar 44,31%. Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari 500 cc. Oligohidramnion bisa menyebabkan tekanan darah tinggi, masalah plasenta, pertumbuhan amnion yang kurang baik, dan ketuban pecah dini. Komplikasi yang terjadi pada oligohidramnion yaitu persalinan dilakukannya dengan induksi dan persalinan dilakukan dengan tindakan <i>sectio caesarea</i>. Oleh karena itu, dibutuhkan asuhan keperawatan lebih lanjut pada ibu <i>post sectio caesarea</i> dengan oligohidramnion. Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada Ny.FS <i>post sectio caesarea</i> dengan oligohidramnion. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah risiko perdarahan, nyeri akut, defisit pengetahuan, dan risiko infeksi. Intervensi yang diterapkan berdasarkan <i>evidence based</i> seperti terapi relaksasi secara nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam, relaksasi benson, <i>hand hygiene</i>, posisi <i>semi fowler</i>, pendidikan kesehatan terkait dengan manajemen laktasi, demonstrasi pijat oksitosin, perawatan payudara, pemberian terapi antibiotik, dan perawatan luka <i>post sectio caesarea</i>. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah risiko perdarahan teratasi, nyeri akut teratasi, defisit pengetahuan teratasi sebagian, dan risiko infeksi teratasi. Disarankan kepada perawat dapat menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif</p>

				berdasarkan <i>evidence based practice</i> terkait pasien <i>post partum</i> khususnya dengan <i>post sectio caesarea</i> dengan oligohidramnion dan menjadikan tulisan ini sebagai referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan.
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pathway



(Heri, 2019)