

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Post Partum Sectio Caesarea dengan Preeklampsia

2.1.1 Definisi

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu sampai organ-organ reproduksi kembali keadaan normal sebelum hamil. Post partum dapat disebut juga masa nifas (puerperium) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pemulihan kembali alat kandungan (Wahyuningsih, 2019).

Persalinan dilakukan dengan dua cara yaitu persalinan normal atau spontan (lahir melalui vagina) dan persalinan abnormal atau persalinan dengan bantuan prosedur yaitu *Sectio Caesarea*. Proses *sectio caesarea* dilakukan tindakan pembedahan, berupa irisan diperut ibu (laparotomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Anwar, Astuti, & Bangsawan, 2018). Preeklampsia kehamilan memiliki indikasi ibu hamil untuk dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea* (Aprina & Putri, 2016).

Preeklampsia adalah suatu kumpulan gejala pada ibu hamil ditandai dengan peningkatan tekanan darah sistolik $\geq 140/90$ MmHg dan tingginya kadar protein pada urine (proteinuria), serta edema yang sering muncul pada usia kehamilan ≥ 20 minggu dan bisa terjadi sampai dengan pasca persalinan. (POGI, 2018).

Preeklampsia 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. Preeklampsia dapat berkembangan dari ringan, sedang, sampai dengan berat, dan dapat berlanjut menjadi eklaampsia (Laeloneh, 2018).

2.1.2 Manifestasi klinis

Ada beberapa Manifestasi klinis preeklampsia pasca persalinan yaitu diawali adanya penambahan berat badan meningkat, kemudian pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan, lalu akhirnya proteinuria. Sedangkan gejala umum preeklampsia adalah gangguan penglihatan, nyeri epigastric, nyeri kepala, mual dan muntah(Bothamley & Boyle, 2017)

2.1.3 Etiologi

Preeklampsia pasca persalinan (*post partum*) atau tekanan darah tinggi setelah melahirkan bisa terjadi pada wanita memiliki tekanan darah tinggi dan kelebihan protein dalam urinnya (protineuria). Penyebab preeklampsia setelah melahirkan dengan SC mengalami gangguan pertumbuhan serta perkembangan plasenta yang menyebabkan endotel pembuluh darah pada ibu sehingga menyebabkan timbulnya gejala-gejala hipertensi. Adapun faktor risiki terjadinya preeklampsia diantaranya: memiliki riwayat atau masalah kesehatan, memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, hamil pada usia diatas 35 tahun atau kurang dari 18 tahun, kehamilan pertama, dan kehamilan kembar (wang et al, 2018)

2.1.4 komplikasi

Preeklampsia post partum tidak cepat ditangani dapat mengancam jiwa diantaranya adalah Sindrom Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelets (HELLP) Hemolyssi (enzim sel darah merah) atau yang biasa disingkat dengan (HELLP), adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit, menyebabkan terjadinya kelebihan cairan di paru-paru, mempengaruhi fungsi otak dan dapat menyebabkan kejang, hingga menyebabkan kerusakan permanen pada mata, hati, dan ginjal.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Saifuddin (2016) pemeriksaan laboratorium preeklampsia adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. Tes urin, yang ditemukan proteinuria
- c. Tes fungsi hati
- d. Tes asam urat,

2.1.6 Penatalaksanaan

Ibu dengan pospartum preeklampsia disarankan agar dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang sesuai. Adapun penatalaksanaannya dapat dengan istirahat cukup, pemberian obat antihipertensi, Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin), Diet rendah garam dan diuretik. Selain dari pemberian obat-obatan penatalksanaan yang dapat diberikan berupa teknik nonfarmakologi.

2.1.7 Tahap-tahapan post partum

Tahapan post partum terdiri dari Immediate Post Partum (setelah plasenta lahir 24 jam), Early Post Partum (24 jam – 1 minggu) Late Post Partum (1 minggu – 6 minggu) (Wahyuningsih, 2019)

2.1.8 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a. perubahan sistem reproduksi

1) inovulasi uterus

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas adalah involusi.

Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil.

Tabel 2.1 Perubahan Perubahan Normal Pada Uterus Selama Post Partum

| waktu inivulasi | tinggi fundus uterus | berat uterus |
|-----------------|------------------------------|--------------|
| bayi lahir | setinggi pusat | 1000 gram |
| plasenta lahir | 2 jari bawah pusat | 750 gram |
| 1 minggu | pertengahan pusat-simfisis | 500 gram |
| 2 minggu | tidak teraba diatas simfisis | 350 gram |
| 6 minggu | bertambah kecil | 50 gran |
| 8 minggu | sebesar normal | 30 gram |

Sumber : Sari, Khotimah, 2018

2) serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih, 2020).

3) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama

sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil. Setelah 3 minggu vulva dan vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Astutik, 2015).

4) Pengeluran lochea

- a) Lochea rubra (Cruenta), keluar pada hari 1-3 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dan desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekoneum.
- b) Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 pasaca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.
- c) Lochea serosa, keluar pada hari ke 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
- d) Lochea alba, keluar sejak 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati (Simanullang, 2017)

5) Perenium

- a) Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur.
- b) Pada masa nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil

b. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Temperatur suhu kembali ke normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$)

2) Nadi

Setiap denyut nadi diatas 100x/menit selama masa nifas adalah abnormal.

Denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Pada minggu ke 8 sampai ke 10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

3) Pernapasan

Pernapasan harus berada dalam rentang normal sebelum melahirkan.

4) Tekanan darah

Tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsia post partum (Sari & Khotimah, 2018)

c. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat (Sukma,2017)

d. Perubahan sistem pencernaan

Ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir.(Simanullang, 2017)

e. Perubahan sistem perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar

steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pasca partum. Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil.

2.1.9 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada ibu nifas yaitu Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Ibu menderita dalam kebisuannya sehingga menimbulkan sidtress karena kemarahan terhadap situasi (Simanullang, 2017)

2.1.10 patofisiologi post partum Sectio Caesarea dengan Preeklampsia

sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, plasenta previa, dll., untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin berukuran besar dan letak lintang. (Aspiani, 2017)

Seseorang yang baru saja menjalani operasi karena adanya nyeri akan cenderung untuk bergerak lebih lambat. Rasa sakit akan membuat klien enggan untuk menggerakan badanya, apalagi turun dari tempat tidur. Klien pasca Sectio Caesarea di ruang pemulihan, saat klien sadar dari anastesi umum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Hal ini yang akan

mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang kurang baik. (Ruwayda, 2015).

Setelah persalinan Sectio Caesarea, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan Sectio Caesarea yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu memilih tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah. Hal ini yang membuat ibu tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan personal hygine seperti aktivitas mandi (Atoy et al., 2019).

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi. (Mitayani, 2016).

Setelah dilakukan Sectio Caesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupakurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit. (Aspiani, 2017).

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Menurut KBBI nyeri adalah pengalaman fisik dan emosional yang diakibatkan karena luka pada jaringan. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (Pusporini & Fuadiyah, 2020)

Nyeri adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat adanya rangsangan fisik atau serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional. Fenomena nyeri dapat berbeda dilihat dari Insentitas yaitu (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, terbakar, tajam), durasi (sementara, intermiten, persisten), dan penyebaran (dangkal atau dalam, lokal atau menyebar) (Ayudita dkk, 2023).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

- a. Nyeri akut biasanya berlangsung berjam-jam, berhari-hari atau berminggu-minggu atau kurang dari enam bulan dan berhubungan dengan kerusakan jaringan, peradangan, prosedur pembedahan atau proses penyakit yang singkat.
- b. Nyeri kronis biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan menandakan adanya sesuatu yang memburuk dan meningkat secara periodik yang bisa terjadi seumur hidup (Afifah, Prayoga & Yadi, 2017).

Klasifikasi nyeri berdasarkan tempat dan sifat nyeri. Berdasarkan tempat nya nyeri terdiri atas:

a. *Pheriper pain*

Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit mukosa

b. *Deep pain*

Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tibuh visceral

c. *Referred pain*

Nyeri dalam yang disebabkan oleh penyaki organ/ stuktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tibuh di daerah yang berbeda dengan daerah asalnya

d. *Central pain*

Nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak dan thalamus

Sedangkan berdasarkan sifatnya nyeri terdiri atas:

a. *Incidental pain*

Nyeri yang tiba-tiba sewaktu-waktu lalu hilang

b. *Steady pain*

nyeri yang timbul dan menetap dalam waktu yang lama

c. *Proxymal pain*

nyeri yang dirasakan berinsentitas tinggi dan kuat sekali, biasanya nyeri menetap kurang lebih 10 sampai dengan 15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi.

2.2.3 Penyebab Nyeri

Pada nyeri akut maupun nyeri kronis terdapat tiga penyebab utama yaitu:
(PPNI, 2018)

- a. Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma
- b. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan
- c. Agen pencedera fisik yaitu seperti abseb, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur oprasi, trauma dan latihan fisik berlebihan.

2.2.4 Tanda Dan Gejala Nyeri

- a. Nyeri akut : pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekunnsi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, proses berfikir terganggu, menarik diri dan diaforesis.
- b. Nyeri kronis : Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktifitas, pola tidur berubah, anoreksia, bersikap protektif,takut pada diri sendiri dan merasa takut mengalami cedera berujung.

2.2.5 Insentitas Nyeri

Insentitas nyeri dapat di ukur dari skalanya, menurut Purwoto dkk, (2023)ada empat pengukuran skala nyeri yaitu:

- a. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah,karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik, skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. (Purwoto dkk, 2023)

b. *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual adalah alat ukur nyeri dengan garis lurus, Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Menurut Purwoto dkk, 2023)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri numarik digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan angka mulai dari 0-10, skala ini lebih efektif digunakan ketika mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggabarkan intensitas nyerinya dengan angka tetapi menggunakan gambar wajah dengan cara menjelaskan pada klien bahwa wajah seseorang yang terlihat bahagia karena tidak merasa nyeri atau terlihat sedih karena merasakan nyeri ringan, sedang atau berat. (Novita, 2015).

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan terapi non farmakologo. Terapi farmakologi adalah upaya mengontrol, mengurangi atau menghilangkan sensasi nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Sedangkan terapi non farmakologi tidak menggunakan obat-obatan melainkan dengan berbagai terapi komplementer yang memberikan efek relaksasi, terapi pengalihan pikiran (distraksi) agar pasien tidak memikirkan dan merasakan nyeri dialaminya (Purwoto dkk, 2023).

2.3 Konsep foot massage

2.3.1 pengertian foot massage

Massage (pijat) adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan perubahan posisi sendi guna menurunkan menurunkan nyeri, menghasilkan menghasilkan relaksasi, relaksasi, dan/atau meningkatkan sirkulasi. Gerakan-gerakan dasar meliputi : gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong kedepan dan kebelakang menggunakan tenaga, menepuknepuk, memotong-motong, meremas-remas, dan gerakan meliuk-liuk (Marselina, Lasmadasari, & elly, 2022).

2.3.2 Manfaat foot massage

Menurut Robby, Agustin & Azka (2021) foot massage bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah cedera kaki dan pergelangan tangan, mengurangi depresi dan kecemasan, mengobati sakit kepala dan migren,

menurunkan tekanan darah tinggi, mengurangi efek edema dan nyeri pada ibu hamil, mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur.

2.3.3 Prosedur foot massage

Menurut Marselina, Lasmadasari & Elly (2022) Pelaksanaan foot massage dapat dilakukan pada 24-48 jam post oprasi setelah 5 jam pemberian injeks katerolak, foot massage dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan durasi pemberian 1-2 kali sehari. Adapun langkah-langkah melakukan foot massage adalah sebagai berikut:

- a. Bebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki.
- b. Baluri kaki dengan minyak ensensial/ beby oil di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (*massage*)
- c. Lakukan pijatan dengan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan *patrisage* (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat)
- d. Tahapan pertama massage pada tingkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2-5 menit
- e. Tahapan kedua massage tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2-5 menit
- f. Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2-5 menit
- g. Massage otot telapak tangan selama 2-5 menit
- h. Lakukan pijatan pada kaki satunya
- i. Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissu

Foot massage merupakan suatu pilihan untuk menurunkan tekanan darah (hipertensi) hal ini dikarnakan di daerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, yang dapat memberikan rangsangan relaksasi yang mampu memperlancar aliran darah dan cairan tubuh pada bagian-bagian tubuh yang berhubungan dengan titik syaraf kaki sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Dalimarta, 2020).

2.4 Konsep asuhan keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas klien dan penanggung jawab

Identitas klien Meliputi (Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil). Identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien)

2. Keluhan utama saat di kaji Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani,2015), keluhan ini diuraiukan dengan metode PQRST:

P = Paliatif/Propokatif Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region/Radiasi Yaitu menunjukan lokasi nyeri, dan penyebarannya.

Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan di abdomennya.

S = Severity/ Skala Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T = Timing Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu.

3. Riwayat kesehatan dahulu

ibu dengan tindakan sectio caesarea sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC , hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

4. Riwayat ginekologi dan Obstetric:

a. Riwayat ginekologi pada pasien post sectio caesarea yaiti riwayat menstruasi, riwayat persalinan, riwayat keluarga berencana.

b. Riwayat obstetric pada klien post sectio caeesarea meliput:

1) Riwayat Kehamilan Riwayat kehamilan meliputi :

- Riwayat Kehamilan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat

mempengaruhi dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Charles, 2018)

- Riwayat kehamilan sekarang

Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya

2) Riwayat Pesalinan Riwayat persalinan meliputi :

- Riwayat Persalinan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2018).
- Riwayat Persalinan Sekarang Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Cathy, 2018).

3) Riwayat Nifas Riwayat Nifas Meliputi :

- Riwayat Nifas Dahulu Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya (Maryunani, 2015).
- Riwayat Nifas Sekarang Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi :

a) Keadaan Umum

Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. Pada pemeriksaan ini juga dikaji kesadaran biasanya menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) Eye :4 Motoric :6 Verbal :5 (Widiastini, 2018). pada pasien post SC dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung pulih secara bertahap, sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.

b) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah noemal adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung

normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasnya normal atau dapat juga lebih lambat yang di sebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 36 C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38.0 oC maka perlu diwaspadai adanya infeksi (Yanti,2017).

c) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

5) Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien post operasi sectio caesarea adalah (Widiastini, 2018):

a) Kepala

Perhatikan distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi.

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum. Biasanya pada pasien post partum adanya edema dan kloasma gravidarum.

c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadangkadang keadaan selaput mata pucat

(anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

e) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

h) Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung,paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

Payudara Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakkan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, putting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, putting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat

i) Abdomen

Kaji bentuk abdoemen, striae, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi sectio caesarea tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm di bawah pusat setelah 3 hari, teraba keras. Pada pasien post SC biasanya mengalami keterlambatan 66 penurunan Fundus uteri akibat adanya luka insisi pada posisi sectio cesarea (SC) timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post sectio caesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post sectio caesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.

j) Genitalia

Umumnya pada ibu post sectio caesarea dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lochea. Pengeluaran darah campur lendir,

pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekomium taitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak.

k) Anus

Kaji kebersihan, apakah ada benjolan haemorroid.

- l) Ektremitas Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema

6) Pola Aktivitas Sehari – hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah et al. 2019), meliputi :

a) Pola Nutrisi

- Makan : Pada ibu post sectio caesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat sectio caesarea.
- Minum: Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.

b) Pola eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan

keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena aktor psikologis dari ibu yang masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Pada pasien post SC biasanya terpasang dower kateter, kateter dapat dilepaskan setalah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post partum.

c) Istirahat tidur

Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sectio caesarea.

d) Personal hygiene

Biasanya kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan sectio caesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

e) Aktivitas

Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

7) Data Psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan sectio caaesarea yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami baby blues.

- 8) Kebutuhan Bounding Attachment Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori (Nurjanah et al. 2019).

9) Analisa data

Data yang sudah dikumpulkan delanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

- a) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- b) Kebutuhan rasa nyaman
- c) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- d) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian 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, 2017). Menurut SDKI

2017 Diagnosa Keperawatan untuk klien dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi preeklampsia, kemungkinan Diagnosa yang muncul adalah :

1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, kurang privasi, efek samping terapi, gangguan adaptasi kehamilan (D.0074)
2. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera Fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, prosedur oprasi, traum, latihan fisik berlebihan. (D.0077)
3. Gangguan Eliminasi Urine berhubungan dengan (D.0040)
4. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis, efek prosedur infasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (D.0142)
5. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada neonatus, anomali payudara ibu, ketidakadekuatan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar, tidak rawat gabung, kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui, kurang dukungan keluarga, faktor budaya (D.0029)
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, efek agen farmakologis, kecemasan(D.0054)

7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis/ pisikotik, penurunan motivasi/ minat.(D.0109)
8. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan, komplikasi pasca partum, tindakan pembedahan, proses keganasan, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, proses keganasan (D.0012)
9. Defisit nutrisi ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis, faktor ekonomi, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien(D.0019)
10. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

C. Perencanaan keperawatan

Tahap Perencanaan Keperawatan adalah perawat merumuskan Rencana Keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017).

Tabel 2.2
Perencanaan Keperawatan

| No | Diagnosa keperawatan (SDKI) | Luaran (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
|----|-----------------------------|--|--|
| 1 | Gangguan rasa nyaman | <p>tujuan umum Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan pertukaran gas meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Kesulitan tidur menurun - Tekanan darah membaik - Frekuensi nandi membaik | <p>manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitis, intensitas nyeri 2. Identifikasi sekala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor efek sampaing penggunaan analgetik <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologi 6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 7. Fasilitasi istirahat tidur <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |

| | | | |
|---|---------------------------|--|---|
| 2 | Nyeri Akut b.d (D.007) | <p>Tujuan umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri berkurang. b. Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang - Keluhan nyeri meringis menurun - Pasien menunjukkan sikap protektif menurun. - Pasien tidak tampak gelisah. | <p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitis, intensitas nyeri <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi sekala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Monitor efek samping penggunaan analgetik 4. Berikan teknik nonfarmakologi 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Fasilitasi istirahat tidur <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
|---|---------------------------|--|---|

| | | | |
|---|---|--|--|
| 3 | Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asi keluar banyak - Bayi mampu melekat pada payudara ibu - Hisapan bayi meningkat - Bayi tidur setelah menyusui | <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui 2. Monitor kemampuan bayi untuk menyusu 3. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui 5. Diskusikan masalah selama menyusu (mis nyeri, Bengkak payudara, lecet pada putting) 6. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ajarkan pelekatan yang benar 8. ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusu 9. ajurkan perawatan payudara post partum (mis memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) |
| 4 | Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan eliminasi urine pasien membaik.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melaporkan sensasi berkemihnya meningkat. - Pasien melaporkan dapat berkemih dengan tuntas. | <p>Manajemen Eliminasi Urin:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor eliminasi urine (Frekuensi, konsistensi, volume dan warna). <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih 3. Ambil sampel urine tengah (Midstream). <p>Edukasi</p> |

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda – tanda distensi kadrung kemih | <p>4. Identifikasi tanda dan gejala infeksi saluran kemih. (2)</p> <p>Ajarkan mengambil spesimen urine midstream.</p> |
| 5 | Gangguan mobilitas fisik D.0054) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pergerakan ekstremitas meningkat - kekuatan otot meningkat - rentang gerak ROM meningkat - nyeri menurun - kecemasan menurun - kaku sendi menurun - gerakan terbatas menurun - kelemahan fisik menurun | <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi 4. monitor keadaan umum sebelum mobilisasi <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. fasilitasi melakukan pergerakan 7. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. anjurkan melakukan mobilisasi 10. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi temoat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 6 | Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda -tanda infeksi (Demam, Nyeri, Kemerahan dan Bengkak). - Kadar sel darah putih membaik. | <p>pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejalan infeksi lokal dan sistemik. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan teknik aseptik pada psien beresiko tinggi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi. 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. |
| 7 | Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan (D.0109) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan Perawatan Diri meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat | <p>Dukungan Perawatan Diri (I. 11348)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian <p>Terapeutik : -</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Minat melakukan perawatan diri meningkat | <ul style="list-style-type: none"> - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan |
| 8 | resiko perdarahan (D.00120) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelembapan membran mukosa meningkat - Kelembapan kulit meningkat - Kognitif meningkat - TTV membaik | <p>perawatan pasca persalinan observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor keadaan lokia (mis, warna, jumlah, bau, dan bekuan) 3. Monitor nyeri 4. Monitor status pencernaan 5. Monitor tanda homan 6. Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi 7. Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu postpartum <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 9. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 10. Berikan kenyamanan pada ibu <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Ajarkan perawatan perineum yang tepat 12. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara monfarmakologis |

| <p style="text-align: right;">kolaborasi</p> <p>13. Rujuk ke konselor laktasi, jika perlu</p> | | | |
|--|---|---|---|
| 9 | defisit nutrisi (D.0019) | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - porsi makan yang dihabiskan meningkat - kekuatan otot mengunyah meingkat - keinginan makan meningkat | <p>manajemen nutrisi</p> <p>observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. monitor asupan makanan 4. monitor berat badan 5. monitor hasil pemeriksaan lab <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. lakukan oral hygienis sebelum makan 7. berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. anjurkan diet yang diprogramkan <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. |
| 10 | resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d hipertensi | <p>Tujuan Umum : Setelah dilakukan intrevensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> | <p>observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis tekanan darah meningkat,tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor intake output cairan |

-
- sakit kepala menurun
 - gelisah menurun
 - TD dalam batas normal
 - Monitor status pernapasan
- terapeutik**
- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 - Berikan posisi semi fowler
 - Pertahankan suhu tubuh normal
- kolaborasi**
- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu
-

D. Implementasi

Implementasi Keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

E. Evaluasi

Evaluasi dalam Keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap Evaluasi merupakan tahap perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).