

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasentadan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatanyang baik (Yuliana & Hakim, 2020).

2. Tahapan Masa Nifas (Post Partum)

Menurut Wulandari (2020) Ada beberapa tahapan yang di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- a. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. Ibu telah di perbolehkan berdiri atau jalan-jalan
- b. Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. Pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6 minggu.

- c. Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun.

3. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas (Post Partum)

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum menurut Sutanto (2019) :

- a. Fase Talking In (Setelah melahirkan sampai hari ke dua)
- 1) Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
 - 2) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
 - 3) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
 - 4) Ibu akan mengulangi pengalaman pengalaman waktu melahirkan.
 - 5) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal.
 - 6) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.
 - 7) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- b. Fase Taking Hold (Hari ke-3 sampai 10)
- 1) Ibu merasa merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues).
 - 2) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.

- 3) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
 - 4) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - 5) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.
 - 6) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - 7) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
 - 8) Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberi tahu bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support.
- c. Fase Letting Go (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)
- 1) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
 - 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas (Post Partum)

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain Risa & Rika (2014) :

- a. Uterus Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU)

Tabel 2. 1 Perubahan TFU

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pst symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Berdasarkan pendapat (Gunawan & Astuti, 2015) Sekitar 12 jam setelah melahirkan TFU akan turun 1 cm dibawah umbilicus dan selanjutnya akan turun 1cm atau 1jari perhari menuju simpisis. Salah satu indikator dalam proses involusi adalah tinggi fundus uteri. Apabila fundus uteri berada di atas batas normal maka hal ini menandakan di dalam rahim terjadi sesuatu. Salah satunya adalah

perdarahan di dalam rahim, ini sangat berbahaya bila darah keluar dengan deras maka ibu kehilangan banyak darah sehingga dapat terjadi shock sampai terjadi kematian (Bintariadi, 2007).

b. Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- 1) Lokhea rubra Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.
- 2) Lokhea sanguinolenta Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.
- 3) Lokhea serosa Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 4) Lokhea alba Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lokhea yang menetap pada awal periode post partum

menunjukkan adanya tandatanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

- c. Perubahan Vagina Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsurangsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.
- d. Perubahan Perineum Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.
- e. Perubahan Sistem Pencernaan Biasanya ibu mengalami konstipasi 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, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.
- f. Perubahan Sistem Perkemihan Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.
- g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamenligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8minggu setelah persalinan.
- h. Perubahan Sistem Kardiovaskuler Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

i. Perubahan Tanda-tanda Vital Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain:

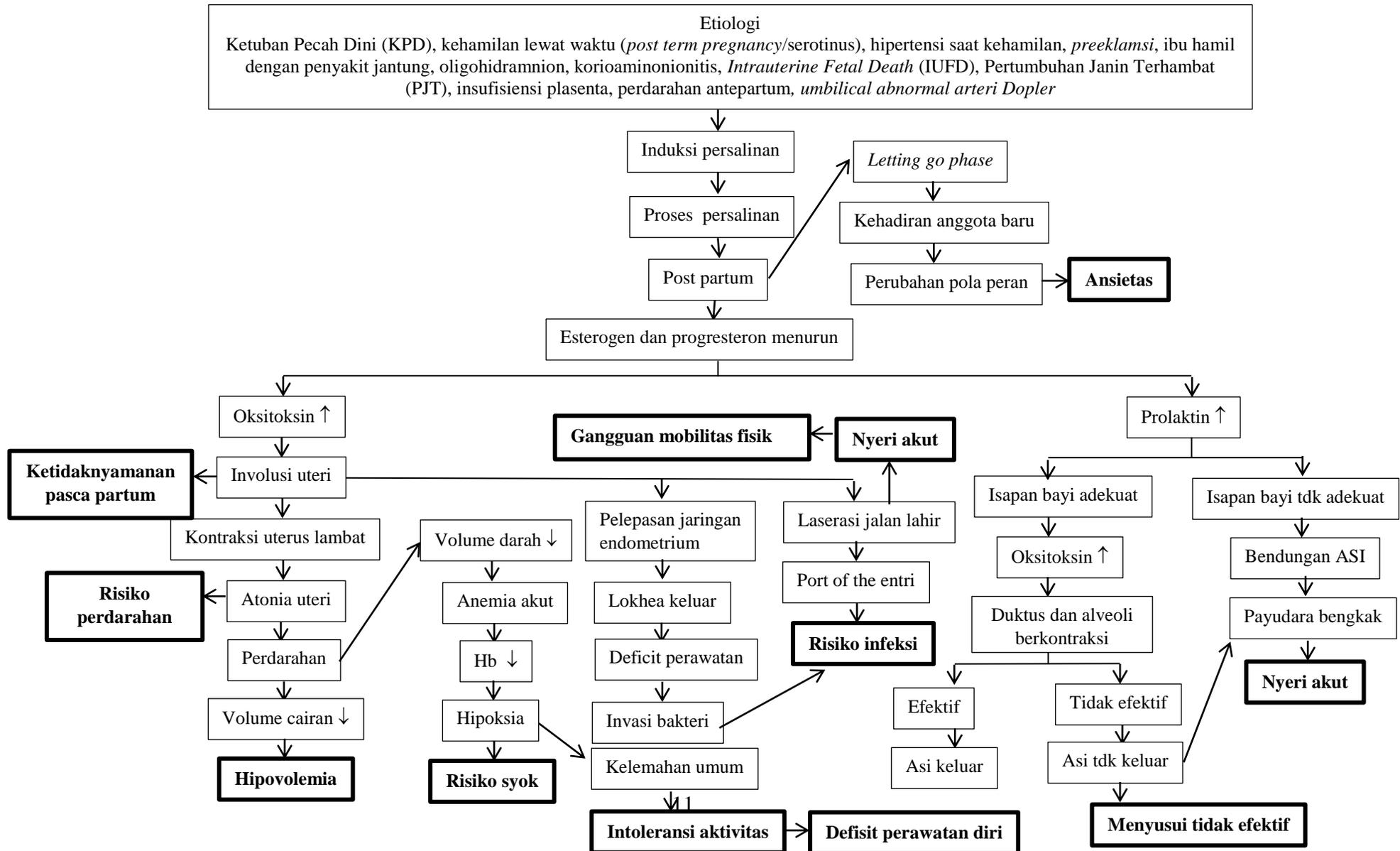
- 1) Suhu badan Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} \text{C}$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.
- 2) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.
- 3) Tekanan darah Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklamsi post partum.
- 4) Pernafasan Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

5. Senam Nifas

Senam nifas adalah suatu latihan yang dapat melakukan proses pengembalian uterus ke dalam keadaan normal seperti sebelum hamil setelah melahirkan, supaya aliran darah dapat meningkat dan juga lancar, sehingga dapat mempengaruhi proses pengecilan rahim. Dengan senam nifas, ibu akan diberikan beberapa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot, terutama otot perut, lutut, bokong, tungkai dimana gerakangerakan tersebut mampu membantu pengembalian uterus supaya lebih cepat (Gingnell et al., 2015). Senam nifas juga dapat merangsang kontraksi sehingga kontraksi uterus tersebut akan semakin baik, pengeluaran lochia akan lancar sehingga mempengaruhi proses pengembalian uterus ke dalam keadaan normal sebelum hamil setelah melahirkan. Senam nifas juga dapat memperlancar proses involusi sehingga dapat mencegah terjadinya perdarahan (Palmadura Et Al.,2021).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathways



2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Fokus Keperawatan

1) Riwayat ibu

- a) Biodata ibu.
- b) Penolong.
- c) Jenis persalinan.
- d) Masalah-masalah persalinan.
- e) Nyeri.
- f) Menyusui atau tidak.
- g) Keluhan-keluhan saat ini, misalnya : kesedihan atau depresi, pengeluaran pervaginam atau perdarahan dan lokhia, puting dan payudara.
- h) Rencana masa datang : kontrasepsi yang akan digunakan.

2) Riwayat sosial ekonomi

- a) Respon ibu dan keluarga terhadap bayi.
- b) Kehadiran anggota keluarga untuk membantu ibu di rumah.
- c) Para pembuat keputusan di rumah.
- d) Kebiasaan minum, merokok dan menggunakan obat.
- e) Kepercayaan dan adat istiadat.

3) Riwayat bayi

- a) Menyusu.
- b) Keadan tali pusat.
- c) Vaksinasi.

d) Buang air kecil/besar.

4) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan umum

- Suhu tubuh.
- Denyut nadi.
- Tekanan darah.
- Tanda-tanda anemia.
- Tanda-tanda edema/tromboflebitis.
- Refleks.
- Varises.
- CVAT (Cervical Vertebral Area Tenderness).

b) Pemeriksaan payudara

- Puting susu : pecah, pendek, rata.
- Nyeri tekan.
- Abses.
- Pembengkakan/ASI terhenti.
- Pengeluaran ASI.

c) Pemeriksaan perut / uterus

- Posisi uterus/tinggi fundus uteri.
- Kontraksi uterus.
- Ukuran kandung kemih.

d) Pemeriksaan vulva/perineum

- Pengeluaran lochia.

- Penjahitan laserasi atau luka episiotomi.
 - Pembengkakan.
 - Luka.
 - Hemoroid.
- e) Aktivitas/istirahat
- Insomnia mungkin teramati.
- f) Sirkulasi
- Episode diaforetik lebih sering terjadi pada malam hari.
- g) Integritas ego
- Peka rangsang, takut / menangis (“post partum blues”) sering terlihat kira-kira 3 hari setelah melahirkan).
- h) Eliminasi
- Diuresis diantara hari kedua dan kelima.
- i) Makanan/cairan
- Kehilangan nafsu makan mungkin dikeluhkan kira-kira hari ketiga.
- j) Nyeri/ketidaknyamanan
- Nyeri tekan payudara / pembesaran dapat terjadi diantara hari ketiga sampai kelima pasca partum.
- k) Seksualitas
- Uterus 1 cm di atas umbilikus pada 12 jam setelah kelahiran, menurun kira-kira 1 lebar jari setiap harinya. Lokhia rubra berlanjut sampai hari kedua sampai ketiga, berlanjut menjadi

lokha serosa dengan aliran tergantung pada posisi (misal : rekumben versus ambulasi berdiri) dan aktivitas (misal : menyusui). Payudara : produksi kolostrum 48 jam pertama, berlanjut pada suhu matur, biasanya pada hari ketiga; mungkin lebih dini, tergantung kapan menyusui dimulai.

C. Diagnosa keperawatan

1. Risiko perdarahan

a. Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (Terjadi hingga keluar tubuh).

b. Faktor Risiko

- 1) Aneurisma.
- 2) Gangguan gastrointestinal (misal ulkus, polip, varises).
- 3) Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis).
- 4) Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar).
- 5) Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta).
- 6) Gangguan koagulasi (misal trombositopenia),
- 7) Efek agen farmakologis.
- 8) Tindakan pembedahan.

9) Trauma.

10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.

11) Proses keganasan.

c. Kondisi Klinis Terkait.

1) Aneurisma.

2) Koagulasi intravaskuler diseminata.

3) Sirosis Hepatis.

4) Ulkus lambung.

5) Varises.

6) Trombositopenia.

7) Ketuban pecah sebelum waktunya.

8) Plasenta previa / abrupcio.

9) Atonia uterus.

10) Retensi Plasenta.

11) Tindakan pembedahan.

12) Kanker.

13) Trauma.

2. Ketidaknyamanan Pasca Partum

a. Definisi :

Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

b. Penyebab

- 1) Trauma perininum selama persalinaan
- 2) Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim keukuran semula
- 3) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI
- 4) Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan
- 5) Ketidapatenan posisi duduk
- 6) Faktor budaya

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Terdapat kontraksi uterus
- 3) Luka episiotomy
- 4) Payudara bengkak

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

(Tidak tersedia)

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Frekuensi nadi meningkat
- 3) Berkeringat berlebihan

4) Menangis/merintih

5) Hemoroid

e. Kondisi Klinis Terkait

1) Kondisi pasca persalinan

3. Gangguan Mobilitas Fisik

a. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b. Penyebab

1) Kerusakan integritas struktur tulang

2) Perubahan metabolisme

3) Ketidakbugaran fisik

4) Penurunan kendali otot

5) Penurunan massa otot

6) Penurunan kekuatan otot

7) Keterlambatan perkembangan

8) Kekakuan sendi

9) Kontraktur

10) Malnutrisi

11) Gangguan muskuloskeletal

12) Gangguan neuromuscular

13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia

14) Efek agen farmakologis

- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensori-persepsi

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM) menurun

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

- 1) Sendi kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik lemah

- e. Kondisi terkait
 - 1) Stoke
 - 2) Cedera medulla spinalis
 - 3) Trauma
 - 4) Fraktur
 - 5) Osteoarthritis
 - 6) Ostemalasia
 - 7) Keganasan

4. Menyusui tidak efektif

- a. Definisi

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

- b. Penyebab

Fisiologis

- 1) Ketidakadekuatan suplai ASI
- 2) Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)
- 3) Anomali payudara ibu (mis. puting yang masuk ke dalam)
- 4) Ketidakadekuatan refleks oksitosin
- 5) Ketidakadekuatan refleks menhispa bayi
- 6) Payudara bengkak
- 7) Riwayat operasi payudara
- 8) Kelahiran kembar

Situasional

- 1) Tidak rawat gabung
 - 2) Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui
 - 3) Kurangnya dukungan keluarga
 - 4) Faktor budaya
- c. Gejala dan Tanda mayor
- Subjektif :
- 1) Kelelahan maternal
 - 2) Kecemasan maternal
- Objektif :
- 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
 - 2) ASI tidak menetas/memancar
 - 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
 - 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua
- d. Gejala dan Tanda Minor
- Subjektif :
- (tidak tersedia)
- Objektif :
- 1) Intake bayi tidak adekuat
 - 2) Bayi menghisap tidak terus menerus
 - 3) Bayi menangis saat disusui
 - 4) Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui

- 5) Menolak untuk mengisap
- e. Kondisi Klinis Terkait
- 1) Abses payudara
 - 2) Masititis
 - 3) Carpal tunnel syndrome

5. Nyeri akut

a. 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.

b. Penyebab

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

Objektif :

- 1) Tampak meringis

- 2) Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
 - 3) Gelisah
 - 4) Frekuensi nadi meningkat
 - 5) Sulit tidur
- d. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

6. Ansietas

a. Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

b. Penyebab

- 1) Krisis situasional

- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri
- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi

Objektif :

- 1) Tampak gelisah
- 2) Tampak tegang
- 3) Sulit tidur

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh pusing

- 2) Anoreksia
- 3) Palpitasi
- 4) Merasa tidak berdaya

Objektif :

- 1) Frekuensi napas meningkat
 - 2) Frekuensi nadi meningkat
 - 3) Tekanan darah meningkat
 - 4) Diaphoresis
 - 5) Tremor
 - 6) Muka tampak pucat
 - 7) Suara bergetar
 - 8) Kontak mata buruk
 - 9) Sering berkemih
 - 10) Berorientasi pada masa lalu
- e. Kondisi klinis terkait
- 1) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
 - 2) Penyakit akut
 - 3) Hospitalisasi
 - 4) Rencana operasi
 - 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - 6) Penyakit neurologis
 - 7) Tahap tumbuh kembang

7. Hipovolemia

a. Definisi

Penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular.

b. Penyebab

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Kegagalan mekanisme regulasi
- 3) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 4) Kekurangan intake cairan
- 5) Evaporasi

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Tekanan Nadi menyempit
- 5) Turgor kulit menyempit
- 6) Membran mukosa kering
- 7) Voluem urin menurun
- 8) Hemitokrit meningkat

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Objektif

- 1) Pengisian vena menurun
- 2) Status mental berubah
- 3) Suhu tubuh meningkat
- 4) Konsentrasi urin meningkat
- 5) Berat badan turun tiba-tiba

e. Kondisi klinis terkait

- 1) Penyakit Addison
- 2) Trauma/pendarahan
- 3) Luka bakar
- 4) AIDS
- 5) Penyakit Crohn
- 6) Muntah
- 7) Diare
- 8) Kolitis ulseratif
- 9) Hipoalbuminemia

8. Risiko syok

a. Definisi

Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

b. Faktor risiko

- 1) Hipoksemia
- 2) Hipoksia
- 3) Hipotensi
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Sepsis
- 6) Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome/SIRS)

c. Kondisi klinis terkait

- 1) Pendarahan
- 2) Trauma multiple
- 3) Pneumothoraks
- 4) Infark miokard
- 5) Kardiomiopati
- 6) Cedera medula spinalis
- 7) Anafilaksis
- 8) Sepsis
- 9) Koagulasi intravaskuler diseminata

10) Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [SIRS])

9. Risiko infeksi

a. Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Faktor risiko

- 1) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)
- 2) Efek prosedur invasive
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh)
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

c. Kondisi klinis terkait

- 1) AIDS.
- 2) Luka bakar.
- 3) Penyakit paru obstruktif.
- 4) Diabetes melitus.
- 5) Tindakan invasi.

- 6) Kondisi penggunaan terapi steroid.
- 7) Penyalahgunaan obat.
- 8) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).
- 9) Kanker.
- 10) Gagal ginjal.
- 11) Imunosupresi.
- 12) Lymphedema.
- 13) Leukositopenia.
- 14) Gangguan fungsi hati.

10. Intoleransi aktivitas

a. Definisi

Ketidalcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Penyebab

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh lelah

Objektif :

- 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
- 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
- 3) Merasa lemah

Objektif :

- 1) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
- 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- 4) Sianosis

e. Kondisi klinis terkait

- 1) Anemia
- 2) Gagal jantung kongesif
- 3) Penyakit jantung coroner
- 4) Penyakit katup jantung
- 5) Aritmia
- 6) Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK)
- 7) Gangguan metabolic
- 8) Gangguan muskuloskeletal

11. Defisit perawatan diri

a. Definisi

Ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b. Penyebab

- 1) Gangguan musculoskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

- 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- 2) Minat melakukan perawatan diri kurang

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

(tidak tersedia)

e. Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Depresi
- 4) Arthritis rheumatoid

- 5) Retardasi mental
- 6) Delirium
- 7) Demensia
- 8) Gangguan amnestic
- 9) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- 10) Fungsi penilaian terganggu

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan yang nantinya akan di berikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain.

1. Risiko Perdarahan (D.0012)

SLKI : Tingkat Perdarahan (L.02017)

a. Definisi

Kehilangan darah bai internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

b. Ekspektasi : menurun

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2. 2 SLKI Tingkat Perdarahan

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Hemoptisis	1	2	3	4	5
Hematemesis	1	2	3	4	5
Hematuria	1	2	3	4	5
Perdarah anaus	1	2	3	4	5
Distensi abdomen	1	2	3	4	5
Perdarahan vagina	1	2	3	4	5
Perdarahan pasca operasi	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan perdarahan (I.02067)

a. Definisi

mengidentifikasi dan menurunkan risiko atau komplikasi stimulus yang menyebabkan perdarahan atau risiko perdarahan.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- d) Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)

2) Terapeutik

- a) Pertahankan bed rest selama perdarahan
- b) Batasi tindakan invasive, jika perlu
- c) Gunakan kasur pencegah decubitus
- d) Hindari pengukuran suhu rektal

3) Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2. Ketidaknyaman pasca partum (D.0075)

SLKI : status kenyamanan pasca partum (L.07061)

a. Definisi

Perasaan nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan

b. Ekspetasi : Meningkatkan

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2. 3 SLKI Status Kenyamanan Pasca Partum

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Keluhan tidak nyaman	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Luka episiotomi	1	2	3	4	5
Kontraksi uterus	1	2	3	4	5
Berkeringat	1	2	3	4	5
Menangis	1	2	3	4	5
Merintih	1	2	3	4	5
Hemoroid	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

a. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback,

terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

3. Gangguan Mobilitas Fisik

SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)

a. Definisi

Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

b. Ekspektasi : Meningkatkan

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 4 SLKI Mobilitas Fisik

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

2) Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

4. Menyusui Tidak Efektif (D.0039)

SLKI : Status Menyusui (L.03029)

a. Definisi

Kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

b. Ekspetasi : Membaik

c. Kriteria Hasil :

Tabel 2. 5 SLKI Status Menyusui

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Perlekatan bayi	1	2	3	4	5

pada payudara ibu					
Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar	1	2	3	4	5
Miksi bayi >8 kali/24 jam	1	2	3	4	5
Berat badan bayi	1	2	3	4	5
Tetes/pancaran ASI	1	2	3	4	5
Suplai ASI adekuat	1	2	3	4	5
Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan	1	2	3	4	5
Kepercayaan diri ibu	1	2	3	4	5
Bayi tidur setelah menyusui	1	2	3	4	5
Payudara ibu kosong setelah menyusui	1	2	3	4	5
Intake bayi	1	2	3	4	5
Hisapan bayi	1	2	3	4	5

SIKI : Edukasi Menyusui (I.12393)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan informasi dan saran tentang menyusui yang dimulai dari antepartum, intrapartum dan post partum.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

2) Terapeutik

- a) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- b) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya
- d) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- e) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat

3) Edukasi

- a) Berikan konseling menyusui
- b) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- c) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar
- d) Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa
- e) Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin).

5. Nyeri akut (D.0077)

SLKI : tingkat nyeri (L.08066)

a. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b. Ekspektasi : menurun

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 6 SLKI Tingkat Nyeri

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5

Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

a. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - i) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Terapeutik
- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
- 4) Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

6. Ansietas (D.0080)

SLKI : Tingkat Ansietas (L.09093)

a. Definisi

Menurunnya kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman

b. Ekspektasi : Menurun

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 7 SLKI Tingkat Ansietas

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Verbalisasi kebingungan	1	2	3	4	5
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	1	2	3	4	5
Perilaku gelisah	1	2	3	4	5
Perilaku tegang	1	2	3	4	5
Keluhan pusing	1	2	3	4	5

Anoreksia	1	2	3	4	5
Palpitasi	1	2	3	4	5
Frekuensi pernapasan	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Tremor	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5

SIKI : Reduksi Ansietas (I.09314)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

2) Terapeutik

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

3) Edukasi

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

7. Hipovolemia

SLKI : Status Cairan (L.03028)

a. Definisi

Kondisi dimana volume cairan ruang intravascular, interstitial, dan/atau intraseluler membaik.

b. Ekspektasi : Membaik

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 8 SLKI Status Cairan

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kekuatan nadi	1	2	3	4	5
Turgor kulit	1	2	3	4	5
Output urine	1	2	3	4	5
Pengisian vena	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Hipovolemia (I.03116)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskuler.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran

mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

b) Monitor intake dan output cairan

2) Terapeutik

a) Hitung kebutuhan cairan

b) Berikan posisi modified Trendelenburg

c) Berikan asupan cairan oral

3) Edukasi

a) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)

b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)

d) Kolaborasi pemberian produk darah

8. Risiko syok

SLKI : Tingkat Syok (L.03032)

a. Definisi

Ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

b. Ekspektasi : Menurun

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 9 SLKI Tingkat Syok

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kekuatan nadi	1	2	3	4	5
Output urine	1	2	3	4	5
Tingkat kesadaran	1	2	3	4	5
Saturasi oksigen	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Syok (I.02068)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjadinya ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrient untuk mencukupi kebutuhan jaringan.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)
- b) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)
- c) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
- d) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- e) Periksa Riwayat alergi

2) Terapeutik

- a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%
- b) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- c) Pasang jalur IV, jika perlu
- d) Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu
- e) Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok
- b) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- c) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok
- d) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- e) Anjurkan menghindari alergen

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

9. Risiko infeksi (D. 0142)

SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

a. Definisi

Menurunnya derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

b. Ekspektasi : Menurun

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 10 SLKI Tingkat Infeksi

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5
Vesikel	1	2	3	4	5
Cairan berbau busuk	1	2	3	4	5
Sputum berwarna hijau	1	2	3	4	5
Drainase purulen	1	2	3	4	5
Piuna	1	2	3	4	5
Periode malaise	1	2	3	4	5
Periode menggigil	1	2	3	4	5
Letargi	1	2	3	4	5
Gangguan kognitif	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.

b. Tindakan

1) Observasi

a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

2) Terapeutik

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Berikan perawatan kulit pada area edema

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

3) Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

c) Ajarkan etika batuk

d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

10. Intoleransi aktivitas (D.0056)

SLKI : Toleransi Aktivitas (L.05047)

a. Definisi

Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat.

b. Ekspektasi : Meningkatkan

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 11 SLKI Toleransi Aktivitas

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Saturasi oksigen	1	2	3	4	5
Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari	1	2	3	4	5
Jarak berjalan	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh bagian atas	1	2	3	4	5
Kekuatan tubuh bagian bawah	1	2	3	4	5
Toleransi dalam menaiki tangga	1	2	3	4	5
Kecepatan berjalan	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Energi (I.05178)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

2) Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- d) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

3) Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

- c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
 - d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

11. Defisit perawatan diri (D.0109)

SLKI : Perawatan Diri (L.11103)

a. Definisi

Meningkatnya kemampuan pasien untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b. Ekspektasi : Meningkatkan

c. Kriteria hasil

Tabel 2. 12 SLKI Perawatan Diri

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan mandi	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3	4	5
Kemampuan makan	1	2	3	4	5
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	3	4	5
Verbalisasi keinginan melakukan	1	2	3	4	5

perawatan diri					
Minat melakukan perawatan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan diri	1	2	3	4	5
Mempertahankan kebersihan mulut	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

a. Definisi

Intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri.

b. Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b) Monitor tingkat kemandirian
- c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

2) Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)
- b) Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)
- c) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

- d) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
 - e) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
 - f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
- 4) Edukasi
- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

A. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Ika Nur Saputri, Rahmad Gurusinga, Nurmailani Friska (2020). Dengan judul penelitian “Pengaruh Senam Nifas Terhadap Proses Involusi Uteri Pada Ibu Postpartum”. Jenis penelitian yang digunakan adalah *quasy eksperiment pretest dan posttest* yang dilakukan pada 30 responden dengan 15 responden sebagai kelompok intervensi dan 15 responden sebagai kelompok kontrol . Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata penurunan TFU kelompok yang ikut senam nifas adalah 2,33 cm dengan SD ,488 cm sedangkan kelompok yang tidak ikut senam nifas rata-rata penurunan TFU yaitu 1,93 cm dengan SD 1,335 cm. Hasil uji statistic diperoleh nilai $p = ,000$ maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap perubahan involusi uteri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
2. Fauziah Botutihe, Suintin, Haslinda DS (2021). Dengan judul penelitian “Pengaruh Senam Nifas Terhadap Proses Involusio Uteri Di

RSIA Masyita Makassar”. Penelitian ini dilakukan pada 34 responden yang berusia 25-40 tahun dengan 17 responden sebagai kelompok intervensi dan 17 responden sebagai kelompok kontrol dengan metode *pretest dan posttest* kontrol. Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata perbedaan penurunan tinggi fundus uteri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yaitu pada kelompok intervensi penurunan TFU minimum sebelum dan sesudah dilakukan senam nifas yaitu 3.1 cm dan pada kelompok kontrol ditemukan penurunan TFU minimum sebelum dan sesudah melakukan senam nifas yaitu 2.1 cm sedangkan pada penurunan TFU maksimum pada kelompok intervensi adalah 5.6 cm dan penurunan TFU pada kelompok kontrol yaitu 4.0 cm. Dari hasil uji statistic diperoleh nilai $P = 0,000$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima karena $p = < (0,05)$ dimana hasil penelitian ini menandakan ada pengaruh senam nifas terhadap proses involusio uteri.

3. Sarmauli Gultom, Eva Ratna Dewi, Lidya Natalia Br Sinuhaji, Adelina Sembiring, Rosmani Sinaga, Rumondang (2021) yang berjudul “Pengaruh Senam Nifas Terhadap Involusi Uteri Pada Ibu Post Partum Normal Di Puskesmas Tanjung Pasir Kecamatan Kualuh Selatan Kabupaten Labuhan Batu Utara Tahun 2021”. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *quasy eksperiment pretest dan posttest control* yang dilakukan pada 30 responden dengan 15 responden sebagai kelompok intervensi dan 15 responden sebagai

kelompok kontrol. Penelitian ini dilakukan pada ibu nifas yang berusia 20 sampai >40 tahun. Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata penurunan TFU kelompok yang ikut senam nifas adalah 1,00 cm dengan SD 0,000 cm sedangkan kelompok yang tidak ikut senam nifas yaitu 1,40 cm dengan SD 0,516 cm. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,000$, bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap perubahan involusi uteri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = ,000$ maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan terhadap perubahan involusi uteri antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.