

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dijelaskan tentang konsep-konsep penelitian yaitu mencakup: 1) Konsep Persalinan, 2) Konsep Nyeri Persalinan, 3) Konsep Pemberian Pijat kaki, 4) Konsep Asuhan Keperawatan

#### **2.1 Konsep Persalinan**

##### **2.1.1 Definisi Persalinan**

*Sectio caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 1500 gram (Hanifah, 2019). SC (*Sectio Caesarea*) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh dan sehat (Jitowijoyo,2016). *Sectio caesarea* (SC) adalah tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan dinding uterus (Nugroho,2018).

##### **2.1.2 Jenis - Jenis *Sectio Caesarea* (SC)**

Berdasarkan jenis sayatannya terdapat 2 jenis SC (*Sectio Caesarea*) yaitu:

1) Sayatan melintang

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR), Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (symphysis) di atas batas rambut kemaluan sepanjang sekitar 10-14 cm.

keuntungannya adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil resiko menderita rupture uteri (robek rahim) di kemudian hari. Hal ini karna pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna (Prawirohardjo, 2008 dalam Dewi, 2016).

2) Sayatan memanjang (bedah *Sectio Caesarea* klasik)

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini labil, rentan terhadap komplikasi (Dewi Y, 2007 dalam Dewi, 2016).

Menurut Sofian, 2012 jenis operasi SC (*Sectio Caesarea*) dibagi menjadi:

1) *Sectio Caesarea* classic atau corporal

Merupakan sebuah insisi memanjang pada corpus uteri. Pada pembedahan jenis ini bahaya peritonitis lebih besar dan juga ruptur uteri pada kehamilan yang akan datang. Disarankan sesudah operasi SC (*Sectio Caesarea*) jenis ini sebaiknya dilakukan sterilisasi atau Histerctomy (Rofiqoh, 2014 dalam Meo Paskalilaudes,2016).

2) *Sectio Caesarea* Ismika atau Profunda atau Low Cervical

Merupakan jenis insisi pada segmen bawah rahim. Keunggulan dari inisisi jenis ini adalah minimnya perdarahan, minimnya risiko peritonitis, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri kemudian hari tidak besar karena selama masa nifas segmen bawah uterus tidak

banyak mengalami kontraksi sehingga luka dapat sembuh dengan sempurna (Rofiqoh, 2014 dalam Meo Paskalilaudes, 2016).

### 3) *Sectio Caesarea* Ekstraperitonealis

*Sectio Caesarea* Ekstraperitonealis merupakan tindakan Operasi SC (*Sectio caesarea*) tanpa membuka peritoneum parietale dengan demikian tidak membuka cavum abdominalis (Meo Paskalilaudes, 2016).

#### 2.1.3 Indikasi SC (*Sectio Caesarea*)

Indikasi dilakukan operasi *Sectio Caesarea* menurut Aprilia & Maryati (2020) antara lain:

Indikasi ibu:

a. CPD (cephalo pelvik disproportion)

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

b. PEB (Pre-eklamsi berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya belum jelas.

c. KPD (ketuban pecah dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas.

d. Factor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusar pendek dan ibu sulit bernafas.

### **Indikasi janin:**

#### 1) Bayi lahir terlalu besar

Berat bayi lahir sekitar 4.000 gram atau lebih (giant baby), menyebabkan bayi sulit keluar dari jalan lahir, umumnya pertumbuhan janin yang berlebihan (macrosomia) karena ibu menderita kencing manis (diabetes mellitus). Apabila dibiarkan terlalu lama di jalan lahir dapat membahayakan keselamatan janinnya.

#### 2) Kelainan letak janin

Ada 2 kelainan letak janin dalam rahim, yaitu letak sungsang dan letak lintang. Letak sungsang yaitu letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Panggul janin merupakan kutub bawah. Sedangkan letak lintang terjadi bila sumbu memanjang ibu membentuk sudut tegak lurus dengan sumbu memanjang janin. Oleh karena itu seringkali bahu terletak diatas PAP (Pintu Atas Panggul), malposisi ini disebut juga presentasi bahu.

#### 3) Ancaman gawat janin

Keadaan janin yang gawat pada tahap persalinan, memungkinkan untuk segera dilakukannya operasi. Apabila ditambah dengan kondisi ibu yang kurang menguntungkan. Janin pada saat belum lahir mendapat

oksigen (O<sub>2</sub>) dari ibunya melalui ari-ari dan tali pusat. Apabila terjadi gangguan pada ari-ari (akibat ibu menderita tekanan darah tinggi atau kejang rahim), serta pada tali pusat (akibat tali pusat terjepit antara tubuh bayi), maka suplai oksigen (O<sub>2</sub>) yang disalurkan ke bayi akan berkurang pula. Akibatnya janin akan tercekik karena kehabisan nafas. Kondisi ini dapat menyebabkan janin mengalami kerusakan otak, bahkan tidak jarang meninggal dalam rahim. Apabila proses persalinan sulit dilakukan melalui vagina maka bedah sesar merupakan jalan keluar satu-satunya.

#### 4) Janin abnormal

Janin sakit atau abnormal, kerusakan genetik, dan hidrosefalus (kepala besar karena otak berisi cairan), dapat menyebabkan memutuskan dilakukan tindakan operasi.

#### 5) Faktor plasenta

Ada beberapa kelainan plasenta yang dapat menyebabkan keadaan gawat darurat pada ibu atau janin sehingga harus dilakukan persalinan dengan operasi yaitu Plasenta previa (plasenta menutupi jalan lahir), Solutio Plasenta (plasenta lepas), Plasenta accrete (plasenta menempel kuat pada dinding uterus), Vasa previa (kelainan perkembangan plasenta).

#### 6) Kelainan tali pusat

Berikut ini ada dua kelainan tali pusat yang biasa terjadi yaitu prolapsus tali pusat (tali pusat menumbung) dan terlilit tali pusat. Prolapsus tali pusat (tali pusat menumbung) adalah keadaan penyumbatan sebagian atau seluruh tali pusat berada di depan atau

disamping bagian terbawah janin atau tali pusat sudah berada di jalan lahir sebelum bayi. Dalam hal ini, persalinan harus segera dilakukan sebelum terjadi sesuatu yang tidak diinginkan pada bayi, misalnya sesak nafas karena kekurangan oksigen (O<sub>2</sub>). Terlilit tali pusat atau terpelintir menyebabkan

aliran oksigen dan nutrisi ke janin tidak lancar. Jadi, posisi janin tidak dapat masuk ke jalan lahir, sehingga mengganggu persalinan maka kemungkinan dokter akan mengambil keputusan untuk melahirkan bayi melalui tindakan Sectio Caesarea.

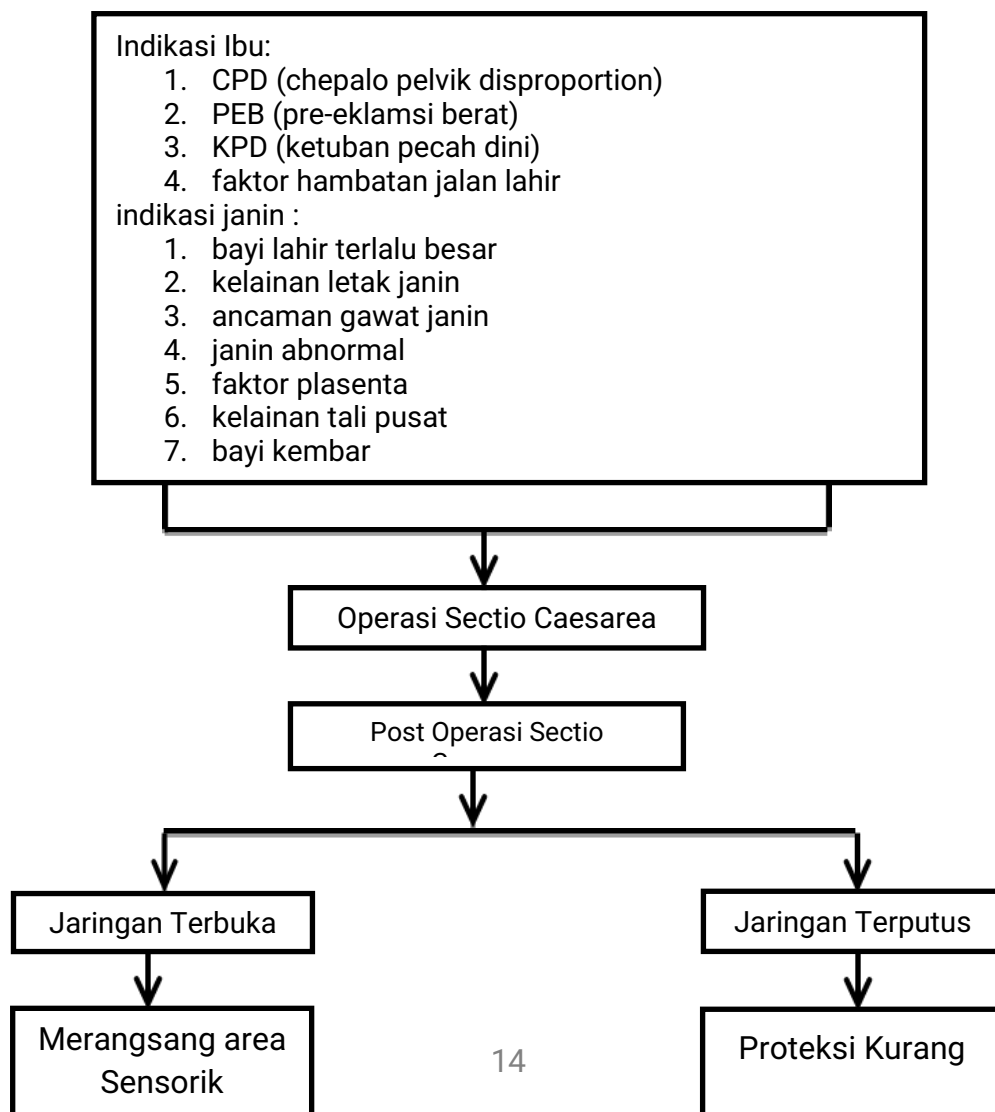
#### 7) Bayi kembar (Multiple Pregnancy)

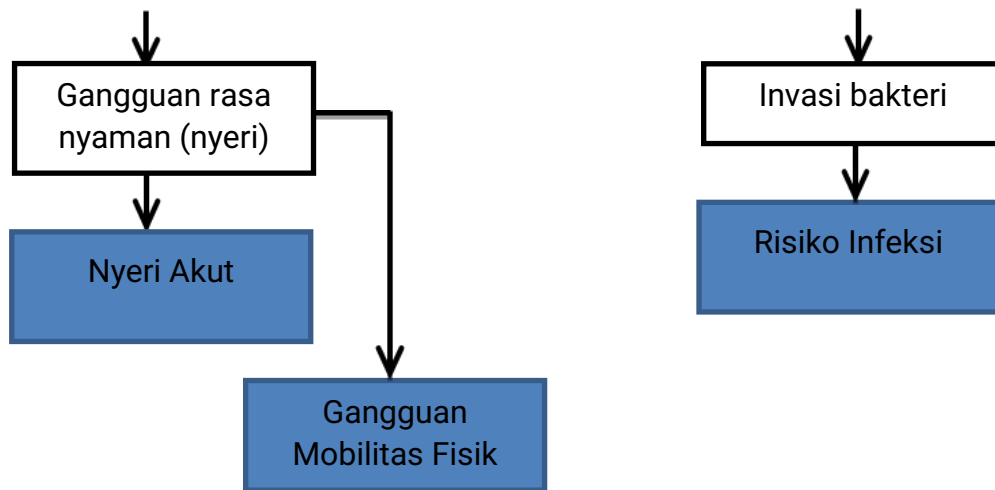
Tidak selamanya bayi kembar dilakukan secara sesar. Kelahiran kembar memiliki risiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan melalui persalinan alami. Hal ini diakibatkan, janin kembar dan cairan ketuban yang berlebihan membuat janin mengalami kelainan letak. Oleh karena itu, pada kelahiran kembar dianjurkan dilahirkan di rumah sakit karena kemungkinan sewaktu-waktu dapat dilakukan tindakan operasi tanpa direncanakan. Meskipun dalam keadaan tertentu, bisa saja bayi kembar lahir secara alami. Faktor ibu menyebabkan ibu dilakukannya tindakan operasi, misalnya panggul sempit atau abnormal, disfungsi kontraksi rahim, riwayat kematian pre-natal, pernah mengalami trauma persalinan dan tindakan sterilisasi.

#### 2.1.4 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya disebabkan oleh chepalo pelvik disproporsi, pre-eklemesi, ketupan pecah dini dan adanya gangguan pada jalan lahir, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*. Dalam proses operasinya dilakukan tindakannya anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah gangguan mobilisasi, Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi, hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah. proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi.

### 2.1.5 Pathway





### 2.1.6 Komplikasi SC (*Sectio Caesarea*)

Menurut Dewi (2016) komplikasi operasi *Sectio Caesarea* (SC) yaitu :

Komplikasi operasi *section caesarea* (SC) dapat dibedakan menjadi komplikasi pasca operasi dan komplikasi jangka panjang. Teknik operasi dan indikasi operasi yang baik dapat mengurangi komplikasi akibat SC. Komplikasi SC dapat menyebabkan mortalitas ibu, sehingga perlu diperhatikan. SC juga dapat menyebabkan komplikasi pada neonatus, seperti takipnea transien monatus.

#### a. Komplikasi jangka pendek

Komplikasi jangka pendek akibat section caesarean (SC) dapat terjadi intraoperative ataupun pasca operasi. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

##### 1) Infeksi

Infeksi pasca operasi section caesarea (SC) paling sering disebabkan oleh endometritis, infeksi luka bekas operasi, dan

tromboflebetis akibat akses intravena. Pemberian profilaksis antibiotik serta teknik operasi yang baik dapat mengurangi infeksi pasca partum pada section caesarea. Infeksi juga dapat terjadi akibat pemasangan kateter.

## 2) Pendarahan

Pendarahan merupakan salah satu komplikasi SC yang paling sering terjadi. Pendarahan dapat terjadi secara langsung ataupun lambat delayed. Factor resiko pendarahan pasca SC antara lain adalah plasenta previa, distosia, pendarahan antepartum, fibroid eterus, obesitas, pemakaian anastesi umum. Pendarahan umumnya disebabkan karena atonia uteri, trauma jaringan, trauma kandung kemih, gangguan koagulasi, atau masalah plasenta. Penanganan akan sangat bergantung dari penyebab pendarahan. Apabila terjadi atonia uterus, dapat dilakukan pemijatan uterus, pemberian oksitoksin, dan bila diperlukan dapat dilakukan histerektomi.

### b. Komplikasi jangka panjang section caesarea:

#### 1) Komplikasi luka

Komplikasi yang dapat terjadi antara lain bekas luka insisi keloid.

#### 2) Adhesi

Adhesi adalah komplikasi SC yang paling sering terjadi, resiko seorang wanita mengalami adhesi meningkat seiring dengan bertambahnya operasi SC, prevalensi adhesi pada SC kedua adalah 12-46% dan SC yang ketiga adalah 26-75%.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

- a. Hemoglobin atau hematocrit (HB/Ht) untuk mengkaji perubahan dari kadar pre operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi
- c. Urinalisis / kultur urine

### **2.1.8 Penatalaksanaan Post Operasi *Sectio Caesarea***

Menurut Manuaba (2017), beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai penatalaksanaan pada ibu post *Sectio Caesarea* antara lain:

- a. Pemberian cairan Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam, fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.
- b. Diet Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.
- c. Mobilisasi: Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan

dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler). Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3. sampai hari ke5 pasca operasi.

d. Kateterisasi Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 48 jam/lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian obat-obatan, Antibiotik, Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan, Obat-obatan lain f. Perawatan luka: Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti

f. Perawatan rutin: Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

## **2.2 Konsep Dasar Nyeri Persalinan**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual maupun

potensial. Sedangkan nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan, Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Utami & Fitrihadi, 2019).

Tingkat nyeri seseorang dalam (Andarmoyo, 2013) dapat diukur dengan skala nyeri.

### **2.2.2 Fisiologi Nyeri Persalinan**

Beberapa teori dalam Andarmoyo (2017) yang menjelaskan mekanisme nyeri, yaitu:

#### **1) Menurut Murray & Stabels**

Nyeri berdasarkan tingkat kedalaman dan letaknya. Rasa nyeri yang dialami selama persalinan memiliki dua jenis menurut sumbernya, yaitu nyeri visceral dan nyeri somatic. Nyeri visceral adalah nyeri yang dialami ibu karena perubahan serviks dan iskemia uterus persalinan kala I. Nyeri somatic adalah nyeri yang dialami ibu pada akhir kala I dan kala II persalinan. Nyeri disebabkan oleh: (1) Penengangan perineum, vulva, (2) Tekanan uteri serviks saat kontraksi (3) Penekanan bagian terendah janin secara progresif pada fleksus lumboskral, kandung kemih, usia dan struktur sensitif panggul yang lain.

#### **2) Teori Kontrol Gerbang (Gate control Theory)**

Berdasarkan teori ini disebut syaraf mentransmisikan rasa nyeri ke

spinal cord, yang hasilnya dapat dimodifikasi di tingkat spinal cord sebelum di transmisikan ke otak. Sinap-sinap pada dorsal horn berlaku sebagai gate yang tertutup untuk menjaga implus sebelum mencapai otak atau membuka untuk mengizinkan implus naik ke otak

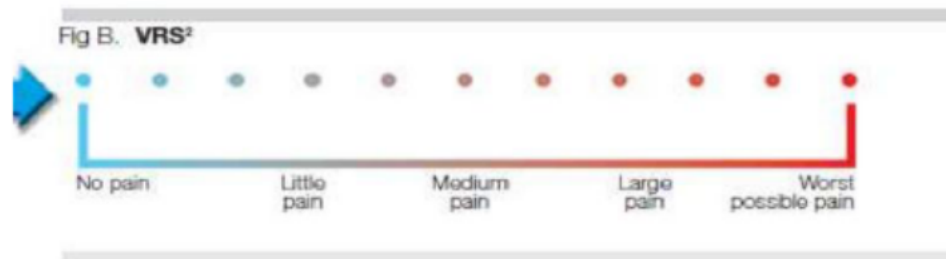
Teori *gate control* menyatakan bahwa selama proses persalinan implus nyeri berjalan dari uterus sepanjang serat-serat syaraf besar kearah uterus ke substansi gelatinosa didalam spinal kolumna, sel – sel transmisi memproyeksikan pesan nyeri ke otak (seperti vibrasi, menggosok-gosok atau massage) mengakibatkan pesan yang berlawanan ini menutup batas di substansi gelatinosa lalu memblokir pesan nyeri sehingga otak tidak mencatat pesan nyeri tersebut.

Mekanisme secara intrinsik pada nyeri persalinan kala I seluruhnya terjadi pada uterus dan adnexa selama kontraksi berlangsung. Beberapa penelitian awal menyatakan nyeri disebabkan karena: (1) Penekanan pada ujung-ujung saraf antara serabut otot dari korpus fundus uterus, (2) Adanya iskemik miomerium dan serviks karena kontraksi sebagai konsekuensi dari pengeluaran darah dari uterus atau karena adanya vasokonstriksi akibat aktivitas berlebihan dari saraf simpatis, (3) Adanya proses peradangan pada otot uterus, (4) Kontraksi pada serviks dan segmen bawah rahim menyebabkan rasa takut yang muncul memicu aktivitas berlebih sistem saraf simpatis.

### **2.2.3 Pengukuran Nyeri**

1) Verbal Rating Scale (VRS)

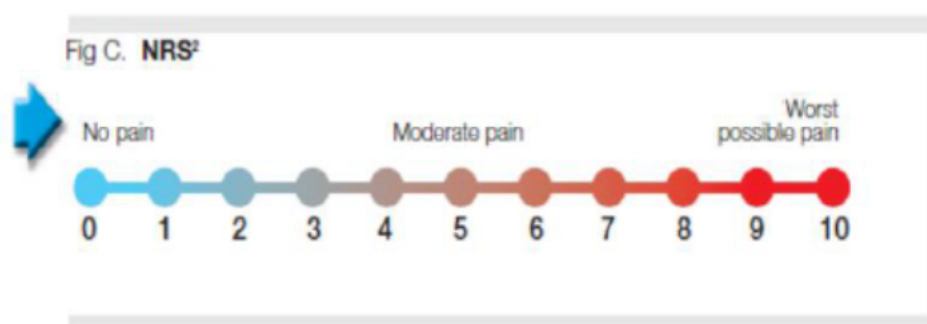
Menurut (Jodha, 2012) Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan berdasarkan skala lima poin: tidak nyeri, ringan, sedang, berat, dan sangat berat



Gambar 2.1 Skala Verbal Rating Scale (VRS)

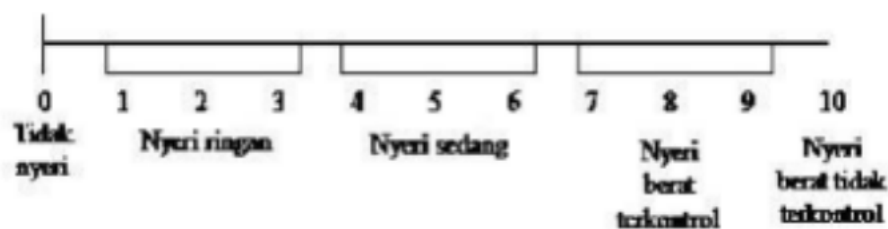
## 2) Numerical Rating Score (NRS)

Pertama kali dikemukakan oleh Dowine dkk pada tahun 1987, dimana pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 5 atau 10 menunjukkan nyeri hebat.



Gambar 2.2 Skala Numerical Rating Score (NRS)

## 3) Skala intensitas nyeri deskriptif sederhana

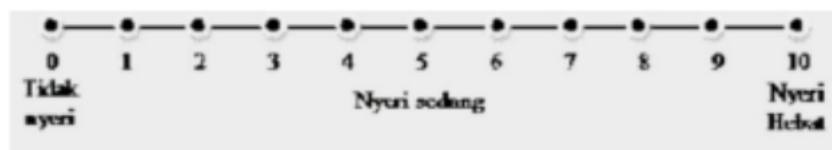


Gambar 2.3 Skala Nyeri Verbal Descriptor Scale (Andarmoyo, 2015)

Skala pendeskripsi verbal descriptor scale (VDS) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari "tidak nyeri" sampai "nyeri berat tidak terkontrol" (Andarmoyo, 2015)

Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2015).

#### 4) Kala intensitas nyeri numeric



Gambar 2.4 Skala Nyeri Numerik (Andarmoyo, 2015)

Skala penilaian numerik numerical rating scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Dengan penilaian skala 0 : tidak nyeri, skala 1-3 : nyeri ringan, skala 4-6 : nyeri sedang, skala 7-9 : nyeri berat, skala 10 : nyeri sangat berat.

## 5) Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



Gambar 2.5 Skala Nyeri Wong-Baker FACES

Skala ini terdairi atas 6 wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum untuk menandai tidak adanya rasa nyeri yang dirasakan, kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan yang berarti skala nyeri yang dirasakan sangat nyeri. Skala nyeri tersebut banyak digunakan pada pasien pediatrik dengan kesulitan atau keterbatasan verbal. Dijelaskan kepada pasien mengenai perubahan mimik wajah sesuai raasa nyeri dan pasien memillih sesuai rasa nyeri yang dirasakannya.

### 2.2.4 Etiologi Nyeri Persalinan

Menurut Andarmoyo dan Suharti (2014):

#### 1) Budaya

Budaya mempengaruhi sikap ibu pada saat persalinan. Budaya mempengaruhi ekspresi nyeri intranatal pada ibu primipara. Penting bagi perawat maternitas untuk mengetahui bagaimana kepercayaan, nilai, praktik budaya mempengaruhi seoranag ibu dalam mempresepsikan dan mengekspresikan nyeri persalinan.

#### 2) Emosi (cemas dan takut)

Stress atau rasa takut secara fisiologis dapat menyebabkan kontraksi uterus menjadi terasa semakin nyeri dan sakit dirasakan. Karena saat wanita dalam kondisi inpartu tersebut mengalami stress maka secara otomatis tubuh akan melakukan reaksi defensif sehingga secara otomatis dari stress tersebut merangsang tubuh mengeluarkan hormone stressor yaitu hormone katekolamin dan dormon adrenalin, ketokolamin ini akan dilepaskan dalam konsentrasi tinggi saat persalinan, jika calon ibu tidak bisa menghilangkan rasa takutnya sebelum melahirkan, berbagai respon tubuh yang muncul antara lain dengan “bertempur atau lari” (fight or flight). Dan akibat respon tubuh tersebut uterus menjadi semakin tegang sehingga aliran darah dan oksigen ke dalam otot-otot uterus berkurang karena arteri mengecil dan menyempit akibatnya adalah rasa nyeri yang tak terelakkan. Maka dari itu, ketika ibu yang sedang melahirkan ini dalam keadaan rileks yang nyaman, semua lapisan otot dalam rahim akan bekerja sama secara harmonis seperti seharusnya. Persalinan akan lancar, mudah dan nyaman.

### 3) Pengalaman Persalinan

Pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Ibu yang mempunyai pengalaman yang menyakitkan dan sulit pada persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada pengalaman lalu akan mempengaruhi sensitifitasnya rasa nyeri.

### 4) Support System

Dukungan dari pasangan, keluarga maupun pendamping persalinan

dapat membantu memenuhi kebutuhan ibu bersalin, juga membantu mengatasi rasa nyeri.

#### 5) Persiapan Persalinan

Persiapan persalinan tidak menjamin persalinan akan berlangsung tanpa nyeri. Namun, persiapan persalinan diperlukan untuk mengurangi perasaan cemas dan takut akan nyeri persalinan sehingga ibu dapat memilih berbagai teknik atau metode latihan agar ibu dapat mengatasi ketakutannya.

### **2.2.5 Manifestasi Klinis Nyeri Persalinan**

Rasa nyeri persalinan muncul karena (Alam, 2020):

#### 1) Kontraksi Otot Rahim

Kontraksi rahim menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks serta iskemia rahim akibat kontraksi arteri myometrium. Karena rahim merupakan organ internal maka nyeri yang timbul disebut nyeri visceral.

#### 2) Regangan Otot Dasar Panggul

Jenis nyeri ini timbul pada saat mendekati kala II. Tidak seperti nyeri visceral, nyeri ini terlokalisir di daerah vagina, rectum dan perineum, sekitar anus, Nyeri ini disebut nyeri somatic dan disebabkan peregangan struktural jalan lahir bagian bawah akibat peniruan bagian bawah janin.

3) Episiotomy ini dirasakan apabila ada tindakan episiotomy, laserasi maupun rupture pada jalan lahir.

#### 4) Kondisi Psikologis

Nyeri dan rasa sakit yang berlebihan akan menimbulkan rasa cemas. Takut, cemas, dan tegang memicu produksi hormone prostagladine sehingga timbul stress. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemampuan tubuh menahan rasa nyeri. Sebab-sebab rasa nyeri dalam persalinan menurut William & Oxom (2015), yaitu: (1) Anoreksia myometrium, kontraksi otot selama priode anoreksia relative menyebabkan rasa nyeri, karena oksigenasi tidak adekuat, (2) Pergerakan serviks: Peregangan serviks menyebabkan rasa nyeri yang menjalar sampai ke punggung, (3) Penekanan pada ganglia saraf yang berdekatan dengan serviks dan vagina, (4) Tarikan pada tuba, ovarium, dan peritoneum, (5) Tarikan dan peregangan pada ligamentum penyangga, (6) Penekanan pada uretra, kandung kemih dan rectum, (7) Distensia otot-otot dasar panggul dan rectum

#### **2.2.6 Kompikasi Nyeri Post SC**

Nyeri persalinan yang berat dan lama mempengaruhi ventilasi, sirkulasi metabolisme dan aktivitas uterus. Nyeri persalinan yang tidak diatasi akan menimbulkan masalah. Dampak yang ditimbulkan dari nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik maupun psikologis pada ibu post partum seperti mobilisasi terganggu, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post operasi

(Suriani, 2019).

## **2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri Persalinan**

### **1) Penatalaksanaan Farmakologi**

Dalam Andarmoyo Sulistyio et al, (2017) berbagai agen farmakologi digunakan sebagai manajemen nyeri. Biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesic, yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesic non narkotik dan analgesik narkotik, pemilihan obat tergantung dengan rasa nyeri. Penataan farmakologis untuk nyeri persalinan meliputi analgesik yang menurunkan dan mengurangi rasa nyeri dan anesthesia yang menghilangkan sensasi bagian tubu baik persial ataupun total. Berbagai pilihan penatalaksanaan farmakologis antara lain: (1) Analgesik narkotik (merepridine, nelbuphine, butorphanol, Morfin Sulfate Fentanyl), (2) Analgesik Regional (Epidural, spinal, dan kombinasinya), (3) ILA: Tujuan utama tindakan ILA (Intra Labor Analgesik) ialah untuk menghilangkan nyeri persalinan tanpa menyebabkan blok motoric, sakitnya hilang tetapi bisa mengeran, yang dapat dicapai dengan menggunakan obat – obatan anesthesia. Keuntungan yang diperdapat dengan program ILA: cepat dan memusakan, dosis yang digunakan sangat kecil, Fleksibel pasien dalam fase laten persalinan dapat diberikan fentalin atau selfentanil intrathecal (single shot) dan dibiarkan berjalan-jalan. Pada fase aktif dapat diberikan dosis tinggi petidinatau gabungan narkotik dan anestetik local intrathecal untuk menghasilkan analgesic yang cepat.

## 2) Penatalaksanaan Nonfarmakologi

Dalam mengurangi nyeri persalinan dapat dilakukan metode manajemen nyeri persalinan nonfarmakologis seperti: relaksasi, distraksi, pemijatan, atau *massage effleurage*, pijat kaki, kompres hangat serta dingin, dan hidroterapi (Sutami, 2016). Pijat kaki adalah teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit. Pijat kaki selama 10- 15 menit dapat menurunkan tekanan darah, memperlambat denyut jantung, meningkatkan pernapasan dan melepaskan neurotransmitter tertentu seperti serotonin dan dopamin yang dapat membuat pasien relaksasi sehingga nyeri berkurang. Teknik pijat kaki ini tidak memiliki efek samping pada bayi, serta tidak membutuhkan biaya yang mahal (Pratiwi, N. et al., 2018).

### 2.3 Konsep Pijat Kaki

#### 2.3.1 Pengertian pijat kaki

Terapi foot massage adalah kombinasi lima teknik pijat yaitu *effleurage* (mengusap), *petrissage* (memijit), *friction* (menggosok), *tapotement* (menepuk) dan *vibration* (menggetarkan) yang menyebabkan stimulus ke otak lebih cepat daripada nyeri yang dirasakan. Terapi foot massage merupakan mekanisme pengatur rasa sakit yang dilepaskan untuk mengontrol nyeri, memblokir transmisi impuls nyeri, menghasilkan analgesia dan pereda nyeri. Inti foot massage terletak di jaringan meridian yang menghubungkan semua jaringan, organ dan sel tubuh (Prasetyo et al.,

2020).

### **2.3.2 Manfaat Pijat Kaki**

Ada berbagai macam cara untuk menggunakan pijat kaki selama masa post (SC) *Sectio Caesarea* untuk mengurangi nyeri. Namun saat persalinan biasanya akan banyak dibantu oleh seorang yang terlatih atau keluarganya yang sudah diberitahu oleh perawat cara memijat kakinya. Adapun manfaat terapi foot massage (Fitrianti, 2021) antara lain:

- 1) Meredakan stress
- 2) Menjadikan tubuh rileks.
- 3) Melancarkan sirkulasi darah
- 4) Mengurangi rasa nyeri penekanan pada area spesifik kaki dapat melepaskan hambatan pada area tersebut dan memungkinkan energi mengalir bebas melalui bagian tubuh sehingga pada pemijatan pada titik yang tepat di kaki dapat mengatasi gejala nyeri.

### **2.3.3 Tujuan Pijat Kaki**

Menurut Fitrianti (2021) Adapun tujuan dari terapi pijat kaki adalah:

- 1) Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena dan peredaran getah bening
- 2) Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran didalam sel-sel otot yang telah mengeras atau disebut mio-gelosis (asam laktat)
- 3) Menyempurnakan pertukaran gas dan zat didalam jaringan atau memperbaiki proses metabolisme
- 4) Menyempurnakan pembagian zat makanan ke seluruh tubuh

- 5) Menyempurnakan proses pencernaan makanan
- 6) Menyempurnakan proses pembuangan sisa pembakaran ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan
- 7) Merangsang otot-otot yang dipersiapkan untuk bekerja lebih berat, menambah tonus otot, efisiensi otot (kemampuan guna otot) dan elastisitas otot (kekenyalan otot)
- 8) Merangsang jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf otonom (saraf tak sadar).

#### **2.3.4 Teknik Dan Cara Melakukan Pijat Kaki**

Terapi foot massage dilakukan selama 10 menit, masing-masing kaki 5 menit:

SOP terapi foot massage (Alfianty & Mardhiyah, 2017)

1. Cuci tangan
2. Memberikan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan
3. Mengambil posisi menghadap kaki klien
4. Tempatkan handuk dibawah paha dan tumit
5. Melumuri kedua tangan dengan minyak zaitun
5. Langkah-langkah foot massage:
  - a. Letakkan tangan di atas tulang kering usap secara perlahan dengan tekanan ringan menggunakan ibu jari menuju ke atas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik effluarge.
  - b. Kedua yaitu memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung

- kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluar kaki menggunakan teknik petrissage.
- c. Tangkupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, kemudian gosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki menggunakan teknik friction
  - d. Pegang telapak kaki kemudian tepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik tapotement.
  - e. Rilekskan kaki dan jari kaki dengan gerakan ke depan dan belakang dengan lembut menggunakan teknik vibration, teknik ini akan membuat kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.
  - f. Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk.

## **2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu proses yang continue dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat (Padilla, 2017):

#### **1) Identitas Umum**

Identitas umum meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk pasien ke rumah sakit, sumber informasi, diterima dari dan cara datang.

## 2) Keluhan Utama

Berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan. Pada umumnya, klien akan mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, teratur, keluarnya lendir dan darah, perasaan selalu ingin buang air kecil, bila buang air kecil hanya sedikit-sedikit.

## 3) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, dll. Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular, adakah riwayat keturunan kembar atau tidak.

## 4) Riwayat Penyakit

### a) Riwayat Penyakit Sekarang

Dalam pengkajian ditemukan ibu hamil dengan usia kehamilan antara 38- 42 minggu disertai tanda-tanda menjelang persalinan yaitu nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, his makin sering, teratur, kuat, adanya show (pengeluaran darah campur lendir), kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

### b) Riwayat Penyakit Sistemik

Untuk mengetahui apakah adanya penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, TBC, hepatitis, penyakit kelamin, pembedahan yang pernah dialami, dapat memperberat persalinan.

### c) Riwayat Penyakit Keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC dan hepatitis, menurun seperti jantung dan DM.

#### 4) Riwayat Obstetri

Ditemukan amenorrhea (aterm 38-42 minggu), prematur kurang dari 37 minggu. Riwayat kebidanan. Adanya gerakan janin, rasa pusing, mual muntah, dan lain-lain. Pada primigravida persalinan berlangsung 13-14 jam dengan pembukaan 1 cm/ jam, sehingga pada multigravida berlangsung 8 jam dengan 2 cm/ jam.

#### 5) Riwayat Operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani.

#### 6) Riwayat Perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan klien dan lamanya perkawinan.

#### 7) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

(a) Kehamilan : Untuk mengetahui berapa umur kehamilan ibu dan hasil pemeriksaan kehamilan,

(b) Persalinan : Spontan atau buatan, lahir aterm atau prematur, ada perdarahan atau tidak, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dimana tempat melahirkan,

(c) Nifas : Untuk mengetahui hasil akhir persalinan (abortus, lahir hidup, apakah dalam kesehatan yang baik) apakah terdapat komplikasi atau intervensi pada masa nifas.

#### 8) Riwayat Kehamilan Sekarang

- a) Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) Digunakan untuk mengetahui umur kehamilan.
- b) Hari Perkiraan Lahir (HPL) Untuk mengetahui perkiraan lahir.
- c) Keluhan-keluhan Untuk mengetahui apakah ada keluhan-keluhan pada trimester I,II dan III.
- d) Ante Natal Care (ANC) Mengetahui riwayat ANC, teratur / tidak, tempat ANC, dan saat kehamilan berapa

#### 9) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilan ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya.

#### 10) Pemeriksaan Fisik

##### a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui keadaan umum baik, sedang, jelek. Pada kasus persalinan normal keadaan umum pasien baik.

##### b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien composmentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma dan koma. Pada kasus ibu bersalin dengan persalinan normal kesadarannya composmentis.

##### c) Tanda – Tanda Vital.

Tekanan darah: Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi dan

hipotensi. Batas normalnya 120/80 mmHg 29.

Nadi: Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit. Batas normalnya 69-100x/ menit Respirasi : Untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalam 1 menit (Saifuddin, 2010). Batas normalnya 12- 22x/ menit.

Suhu: Untuk mengetahui suhu tubuh klien, memungkinkan febris/ infeksi dengan menggunakan skala derajat celcius. Suhu wanita saat bersalin tidak lebih dari 38°C). Suhu tubuh pada ibu bersalin dengan persalinan normal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ .

## 2) Pemeriksaan Fisik B1-B6

### a) B1 (*Breath*)

Inspeksi: Respirasi rate normal (20x/ menit), tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak terjadi sesak nafas, pola nafas teratur, tidak menggunakan alat bantu nafas, terdapat adanya pembesaran payudara, adanya hiperpigmentasi areola mammae dan papilla mammae.

Palpasi: Pergerakan dinding dada sama.

Auskultasi: Suara nafas regular, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi. Perkusi: Suara perkusi sonor.

### b) B2 (*Blood*)

Inspeksi: Anemis (jika terjadi syok akibat perdarahan post partum).

Palpasi: Pulsasi kuat, tidak ada pembesaran vena jugularis, CRT < 2 detik, akral hangat, takikardi (jika terjadi syok).

Auskultasi: Pada auskultasi didapatkan suara jantung normal (S1 dan

S2 normal).

c) B3 (*Brain*)

Inspeksi: Kesadaran : Composmentis, GCS : (eyes : 4, verbal : 5, motorik : 6), tidak ada kejang, ibu panik, berfokus pada diri sendiri, terkadang berteriak untuk mengungkapkan nyeri dan kecemasan, saat kontraksi melanda beberapa ibu mencekram barang disekitar.

Palpasi: Tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky.

d) B4 (*Bladder*)

Inspeksi: Disuria, perineum menonjol, vagina dan vulva berwarna kemerahan dan agak kebiru-biruan (livide), cairan ketuban keluar pervaginam berwarna putih keruh mirip air kelapa atau sudah berwarna kehijauan.

Palpasi: Kandung kemih biasanya kosong, pada VT terdapat pembukaan 4-10 cm

e) B5 (*Bowel*)

Inspeksi: Mulut bersih, mukosa lembab, keadaan anus terbuka, ada striae dan linea.

Palpasi: Distensi abdomen, TFU 3 jari dibawah prosesus xifoideus, nyeri perut karena kontraksi uterus. Pada pemeriksaan Leopold : (1) Leopold I : TFU : Teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin) (2) Leopold II : Umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di

sepanjang sisi kiri (3) Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala) (4) Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP Pada tahapan persalinan : (1) Kala 1 : 31 Umumnya HIS ; 3-4x dalam 10 menit lama kekuatan 30 detik dengan frekuensi kuat, Pemeriksaan Leopold : Leopold 1 TFU : Umumnya teraba 3 jari dibawah prosesus xifoideus dan di bagian fundus uteri teraba bulat lunak tidak melengking (bagian bokong janin), Leopold II: Pada umumnya saat di palpasi bagian kanan teraba keras memanjang (punggung janin), dan bagian kecil janin (ekstremitas) di sepanjang sisi kiri, Leopold III : Di palpasi bagian terendah janin teraba keras bulat (presentasi kepala), Leopold IV : Di palpasi teraba sudah masuk PAP, umumnya cairan ketuban merembes, pemeriksaan VT pembukaan lengkap (2) Kala 2 : Perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. (3) Kala 3 : Keluar nya plasenta disertai dengan keluarnya darah pada vulva, umumnya darah yang keluar tidak lebih dari 50-100 cc (4) Kala 4 : Normalnya keadaan ibu baik, tidak ada penurunan kesadaran, TTV dalam keadaan normal, serta terjadinya perdarahan (keluarnya darah nifas) yang tidak lebih dari 400-500 cc. Auskultasi : DJJ < 120x/ menit atau > 160x/ menit

f) B6 (*Bone*)

Inspeksi : Kemampuan pergerakan sendi bebas, warna kulit sawo matang, tidak terdapat oedema, kebersihan kulit bersih.

Palpasi : Akral hangat, tidak terdapat fraktur, turgor kulit elastis, kulit

pasien lembab, kekuatan otot

5	5
5	5

#### 11) VT (Pemeriksaan Dalam)

Untuk mengetahui keadaan vagina, portio keras atau lunak, pembukaan servik berapa, penurunan kepala, UKK dan untuk mendeteksi panggul normal atau tidak

#### 12) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah meliputi haemoglobin, faktor Rh, jenis penentuan, waktu pembekuan, hitung darah lengkap, dan kadang-kadang pemeriksaan serologi untuk sifilis.

### 2.4.1 Diagnosa

Masalah diagnose yang muncul :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (D.0077)
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)
- 3) Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)

### 2.4.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan	Menejemen nyeri: (I.08238)

SDKI	SLKI	SIKI
<p><b>Definisi:</b> 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.</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri.</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis.</li> <li>2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>Tidak tersedia</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berpikir terganggu</li> </ol>	<p>asuhan keperawatan ..x 24 jam diharapkan didapatkan kriteria hasil dengan KH: <b>(L08066)</b>.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Ketegangan otot menurun</li> <li>3. Pola napas membaik</li> <li>4. Perilaku membaik</li> <li>5. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi local, karakteristik, durasi, frekuensi, kulit, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>4. Identifikasi nyeri pada kualitas hidup</li> <li>5. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>T :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis.</li> <li>2. Kontrol lingkungan</li> </ol>

SDKI	SLKI	SIKI
5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis		yang memperberat rasa nyeri.  3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri  4. Fasilitasi istirahat dan tidur  E :  1. Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri.  2. Jelaskan strategi meredakan nyeri  3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri  4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

SDKI	SLKI	SIKI
		i rasa nyeri K: 1. Kolaborasi pemberian analgesik.
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri <b>(D.0054)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kekuatan otot menurun</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan terbatas</li> <li>3. Fisik lemah</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan ..x24 jam diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat, dengan KH: <b>(L.05042):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan ambulasi <b>(I.06171)</b></p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> </ol> <p>T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ol>

SDKI	SLKI	SIKI
		<p>ambulasi</p> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>
<p>Risiko Infeksi <b>(D.0142)</b></p> <p><b>Definisi</b> : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan peristaltik</li> <li>2. Kerusakan integritas kulit</li> <li>3. Perubahan PH</li> <li>4. Ketuban pecah lama</li> <li>5. Status cairan tubuh</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan ..x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan KH: <b>(L.14137)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi <b>(I.14539)</b></p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>T :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan</li> </ol>

SDKI	SLKI	SIKI
<p><b>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan hemoglobin</li> <li>2. Leukopenia</li> <li>3. Supresi respon inflamasi</li> <li>4. Vaksinasi tidak adekuat</li> </ol> <p><b>DPP PPNI, Tim Pokja SDKI, 2016)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Demam menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kultur area luka membaik</li> </ol> <p><b>DPP PPNI, Tim Pokja SLKI, 2016)</b></p>	<p>perawatan kulit pada area edema</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>8. Ajarkan cara memeriksa</li> </ol>

SDKI	SLKI	SIKI
		kondisi luka dan luka operasi 9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan K : 10. Kolaborasi pemberian imunisasi DPP PPNI, Tim Pokja SIKI, 2016)

### BAB 3

#### METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas dan diuraikan tentang rencana untuk melakukan studi kasus: 1) Pendekatan, 2) Definisi Operasional, 3) Unit Analisa, 4) Lokasi dan Waktu Penelitian, 5) Pengumpulan Data, 6) Uji Keabsahan Data 7) Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

#### 3.1 Pendekatan

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus deskriptif, yang digunakan dalam mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan