

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Post Partum

2.1.1 Defenisi Post Partum

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post tantrum, yang tidak menutup kemungkinan menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Fajiriah, 2021).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi(janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) Susilawati, (2024).

2.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

Tujuan asuhan keperawatan pada post partum yaitu untuk mendeteksi adanya perdarahan nifas, menjaga kesehatan ibu dan bayi, menjaga kesehatan diri, melaksanakan screening secara komprehensif, pendidikan laktasi dan perawatan payudara dan konseling keluarga berencana (Susilawati,2024).

2.1.3 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

- a. Adaptasi fisiologis post partum menurut Susilawati, (2024) yaitu :
 - 1) Sistem reproduksi

Uterus akan kembali normal dalam waktu 1-2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan afterpain yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dan kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting / isapan bayi. Selain itu, tuba fallopi menjadi atrofi karena rendahnya kadar estrogen pada dua minggu post partum.

2) Endokrin

Kortisol dan Human Placental lactogen (HPL) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan.

3) Sistem pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan perineum serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurunan motilitas usus.

4) Neurologi

Pada periode ini ibu akan mengalami stres dan nyeri kepala akibat pemberian anestesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa

5) Kardiovaskuler

Pada persalinan sectio caesarea ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinan spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hematokrit

6) Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka sensitivitas pada cairan.

7) Muskuloskeletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot. Perut juga akan kembali lembek dan kendur seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

b. Adaptasi psikologis pada post partum menurut Susilawati, (2024)

perubahan adaptasi psikologis ibu post partum yaitu :

- 1) Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua pasca persalinan. Pada fase ini ibu nifas akan terfokus pada dirinya sendiri dan bayinya, lebih tertarik untuk menceritakan pengalaman persalinan yang telah dilaluinya sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pasca persalinan ibu nifas akan merasakan kelelahan yang membuat ibu harus cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.
- 2) Fase *taking hold* periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir dengan tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendampingan keluarga adalah
- 3) Fase *letting go* fase ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada fase ini seorang ibu nifas harus mampu menerima tanggung jawab dan peran barunya dalam merawat bayinya yang dapat menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial. Umumnya di fase ini terjadi depresi post partum.
- 4) Depresi post partum membuat ibu mengalami rasa putus harapan, keraguan dan merasa tidak menjadi ibu yang baik dalam membesarkan anak. Ibu yang mengalami depresi post partum biasanya mengalami rasa sulit tidur, tidak nafsu makan dan cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi.

- 5) Post partum blues post dapat terjadi sekitar 2 hari sampai 2 minggu pasca persalinan. Ibu post partum blues akan mengalami perubahan perasaan, cemas, khawatir yang berlebihan mengenai sang bayi, dan mudah tersinggung. apabila post partum blues tidak segera ditangani secara tepat akan menjadi lebih buruk dan menyebabkan terjadinya depresi post partum.

2.2 Konsep Teori Sectio Caesarea

2.2.1 Defenisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi (Purwoastuti *et al.*, 2015).

Menurut Ayuningtyas (2018), *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam.

2.2.2 Etiologi Sectio Caesarea

Menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram> Dari beberapa faktor *Sectio Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut:

- 1) CPD (Cephalo Pelvic Disproportion) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang- tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga

panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran- ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

- 2) PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.
- 3) KDP (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.
- 4) Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Sectio Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- 5) Faktor 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 pusat pendek dan ibu sulit bernafas.
- 6) Kelainan Letak Janin
 - a. Kelainan pada letak kepala
 - (1) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar,

anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

- (2) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.
- b. Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki

2.2.3 Manifestasi Klinis Sectio Caesarea

Menurut Padila (2015), Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*, yaitu sebagai berikut :

- 1) *Fetal distress* : Kondisi janin yang tidak kondusif untuk memenuhi persalinan
- 2) His lemah/melemah
- 3) Janin dalam posisi sungsang/melintang
- 4) Bayi besar ($BBL \geq 4,2$ kg)
- 5) *Plasenta previa* : plasenta ada di depan jalan lahir
- 6) *Distosia* persalinan : kelainan letak , panggul sempit
- 7) *Disproporsi cevalo-pelvik* (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- 8) *Rupture uteri* mengancam

- 9) *Hydrocephalus*
- 10) Primi muda atau tua
- 11) Partus dengan komplikasi
- 12) *Problema plasenta*

2.2.4 Komplikasi Sectio Caesarea

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *Sectio Caesarea* komplikasi pada pasien *Sectio Caesarea* adalah :

1) Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea*.

2) Komplikasi-komplikasi lain

Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

3) Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

2.2.5 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (Ameliah, 2022).

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 distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post

partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Nanda Nic Noc, 2015)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang Sectio Caesarea

Menurut Nanda (2015) berpendapat pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin/Hematokrit
- 6) Golongan Darah
- 7) Urinalis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- 10) Ultrasound sesuai pesanan

2.2.7 Penatalaksanaan Sectio Caesarea

Penatalaksanaan Sectio Caesarea menurut Ameliah (2022) adalah sebagai berikut :

a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena 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 per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 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 ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa 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 cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau 18 paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

i. Pemeriksaan rutin

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

j. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

2.3 Konsep Teori Nyeri

2.3.1 Nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Durasi nyeridapat bertahan selama 24 sampai 48 jam, namun dapat bertahan lebih lama tergantung pada kemampuan dan adaptasi pasien terhadap nyeri, serta persepsi pasien terhadap nyeri itu sendiri (Ika dan Utami, 2018).

Pada proses operasi pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah selesai operasi, pasien mulai sadar dan efek anastesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi *sectio caesarea* ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman (Rejeki, 2020).

Nyeri post *sectio caesarea* akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu postpartum seperti gangguan mobilisasi, *bounding*

attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik serta kesulitan dalam perawatan bayi, sehingga diperlukan cara untuk mengontrol rasa nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri *post sectio caesarea* dan mempercepat masa nifas (Indriyana., 2024).

2.3.2 Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri disebut *nociceptor* merupakan ujung-ujung syaraf bebas, tidak *bermielin* atau sedikit *bermielin* dari neuron afferen. *Nociceptor-nociceptor* tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat ada struktur yang lebih dalam seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. *Nociceptor* memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Yang tergolong stimulasi kimia terhadap nyeri adalah histamine, bradikinin, prostaglandin, bermacam- macam asam. Sebagian bahan tersebut dilepaskan oleh jaringan yang rusak. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada *nociceptor* yang menghubungkan jaringan (Rejeki, 2020)

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum menurut De Boer (2018) klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis.

2.3.4 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri. Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda (Aydede, 2017).

1. Respons Fisiologi

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan.

Tabel 2.1
Relaksi Fisiologis Terhadap Nyeri

Respon	Penyebab atau Efek
STIMULASI PARASIMPATIK	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan Otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vegal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri terlalu
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

2.3.5 Pengkajian Nyeri

Menurut Pinzon (2016) Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

1. *Provocates/palliates (P)*

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.

2. *Quality (Q)*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya.

3. *Region (R)*

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.

4. *Severity (S)*

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

5. *Time (T)*

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “sudah merasa nyeri berapa lama?”.

2.3.6 Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak, dkk., 2015)

a) Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Digunakan pada pasien diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan rasa nyerinya dengan angka.

Gambar 2.1
Wong Baker FACES Pain Rating Scale

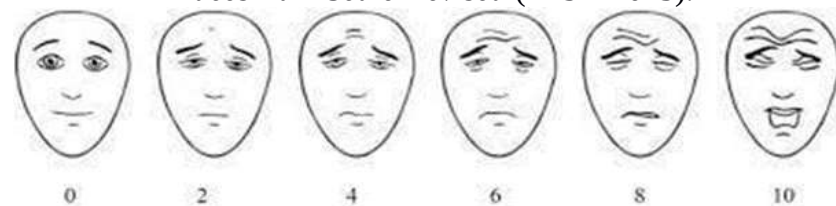


b) Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)

Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) adalah versi terbaru dari FPS, FPS- R menampilkan gambar enam wajah bergaris yang disajikan dalam orientasi horizontal. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke

wajah yang paling mencerminkan intensitas nyeri yang mereka rasakan. Ekspresi wajah menunjukkan lebih nyeri jika skala digeser ke kanan, dan wajah yang berada di ujung sebelah kanan adalah nyeri hebat. Untuk anak sekolah berusia 4 - 12 tahun, skala pengukuran nyeri paling valid dan mampu mengukur nyeri akut dimana pengertian terhadap kata atau angka tidak diperlukan. Kriteria nyeri diwakilkan dalam enam sketsa wajah (dari angka tujuh / FPS sebenarnya) yang mewakili angka 0 - 5 atau 0 - 10. Anak - anak memilih satu dari enam sketsa muka yang memilih mencerminkan yang mereka rasakan. Skor tersebut nyeri menjadi nyeri ringan (0 - 3), nyeri sedang (4 - 6) dan nyeri berat (7 - 10) (Balga et al.,

Gambar 2.2
Faces Pain Scale-Revised (FPS-R2013).



c) *Skala Penilaian Numerik/Numeric Rating Scale (NRS)*

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (De Boer, 2018).

Gambar 2.3
Numeric Rating Scale (NRS)



Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan skala Numeric Rating Scale (NRS) karena skala ini mudah dipahami dan digunakan oleh pasien.

Pasien hanya perlu memilih angka dari 0 hingga 10 yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang mereka rasakan. NRS sering digunakan dalam praktek klinis, sehingga hasil penelitian mudah diintegrasikan dan dibandingkan dengan data klinis yang sudah ada. NRS telah divalidasi dan terbukti andal dalam berbagai populasi, termasuk pasien pasca operasi, menjadikannya alat yang terpercaya untuk penelitian nyeri. NRS memfasilitasi komunikasi yang efektif antara pasien dan penyedia layanan kesehatan, memungkinkan penilaian nyeri yang lebih akurat dan responsif terhadap kebutuhan pasien. Oleh karena itu, NRS adalah pilihan yang tepat dan efisien untuk menilai nyeri pada ibu pasca operasi sectio caesarea.

2.3.7 Penatalaksanaan Nyeri

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016).

Penanganan nyeri ada 2 yaitu :

1. Teknik farmakologis antara lain : (analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau otopiat, dan obat tambahan adjuvant).
2. Teknik non farmakologi intervensi non farmakologi salah satunya adalah terapi distraksi (Yadi et al., 2019).

2.4 Konsep Teknik Relaksasi Pijat kaki dan tangan

2.4.1 Defenisi Teknik Relaksasi Pijat kaki dan tangan

Pijat kaki dan tangan adalah terapi yang efektif untuk meredakan nyeri dengan cara menurunkan skala nyeri yang dirasakan pasien. Pijatan ini bekerja dengan merangsang sistem saraf, menghasilkan lebih banyak stimulus yang cepat diterima oleh otak, yang pada gilirannya meningkatkan produksi serotonin dan dopamin. Pijatan tangan dan kaki menargetkan otot dan jaringan lunak, memberikan efek menenangkan pada fisik dan psikis ibu pasca operasi caesar. Terapi ini juga membantu tubuh untuk kembali seimbang, melancarkan peredaran darah, dan mengurangi ketegangan otot (wijayati, 2024).

2.4.2 Manfaat Teknik Relaksasi Pijat kaki dan tangan

Terapi pijat kaki dan tangan memberikan beberapa manfaat bagi ibu pasca operasi *sectio caesarea* (Wijayati, 2024) :

1. Mengurangi Nyeri
2. Relaksasi Otot
3. Melancarkan Peredaran Darah

2.4.3 Mekanisme relaksasi pijat kaki dan tangan dalam mengurangi nyeri

Menurut Field, (2018) mekanisme relaksasi pijat kaki dan tangan pada pasien dengan nyeri post *sectio caesarea* (SC) melibatkan berbagai proses fisiologis dan psikologis. Berikut adalah penjelasan mekanisme tersebut beserta referensi sumber yang relevan :

a) Stimulasi saraf dan pelepasan endorfin

Pijatan merangsang saraf sensorik di kulit, yang mengirimkan sinyal ke otak untuk melepaskan endorfin, hormon yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami. Endorfin membantu mengurangi persepsi nyeri dan memberikan perasaan nyaman. Ketika pijatan diberikan pada kaki dan tangan, tekanan yang diterapkan pada kulit dan jaringan di bawahnya merangsang ujung saraf sensorik yang terdapat di area tersebut. Saraf sensorik ini kemudian mengirimkan sinyal ke sumsum tulang belakang dan

otak. Aktivasi saraf sensorik ini dapat memicu respons neurologis yang mengarah pada pelepasan zat-zat kimia tertentu dalam tubuh, termasuk endorfin. Proses pelepasan Endorfin adalah neuropeptida yang dihasilkan oleh sistem saraf pusat dan kelenjar pituitari. Pijat dapat merangsang pelepasan endorfin melalui aktivasi saraf sensorik. Endorfin bekerja dengan cara mengikat reseptor opioid di otak dan sumsum tulang belakang. Ketika endorfin mengikat reseptor-reseptor ini, mereka memblokir transmisi sinyal nyeri ke otak, sehingga mengurangi persepsi nyeri. Endorfin juga menghasilkan perasaan euforia atau relaksasi, yang lebih lanjut membantu mengurangi *rasa tidak nyaman yang terkait dengan nyeri*.

gerbang" terhadap sinyal nyeri, mengurangi intensitas nyeri.

b) Relaksasi otot dan Pengurangan ketegangan

Pijatan mengurangi ketegangan otot yang terjadi akibat posisi tubuh yang kaku atau stres setelah operasi. Pengurangan ketegangan otot ini membantu mengurangi nyeri di area bekas sayatan dan area lain yang tegang.

c) Peningkatan sirkulasi darah

Pijatan meningkatkan aliran darah, yang membantu distribusi oksigen dan nutrisi ke jaringan yang membutuhkan penyembuhan, serta mengeluarkan produk limbah metabolik dari area yang mengalami trauma, sehingga mengurangi peradangan dan nyeri.

d) Efek relaksasi psikologis

Selain mengurangi nyeri melalui mekanisme saraf, pelepasan endorfin juga membantu menurunkan tingkat stres dan meningkatkan perasaan relaksasi. Ini penting karena stres dapat memperburuk persepsi nyeri. Dengan menurunkan stres, tubuh menjadi lebih mampu mengatasi nyeri, sehingga pasien merasa lebih nyaman dan lebih mampu beristirahat dan pulih

2.4.4 Langkah- langkah Teknik Relaksasi Pijat kaki dan tangan

A. Langkah – langkah

- Cuci tangan
- Posisikan pasien dengan nyaman
- Siapkan alat
- Gunakan *handscoon* bersih
- Bersihkan kaki klien
- Berikan perlak bawah telapak kaki klien
- Usapkan minyak zaitun atau baby oil secara merata di area telapak dan punggung kaki klien

- *Stroking/* mengusap

Merangsang sirkulasi dan menghangatkan kaki. Pegang kaki pasien dengan kedua tangan, pada kaki bagian atas lakukan gerakan stroking yang panjang, perlahan dan tegas dengan kedua ibu jari. Gerakan dimulai dari ujung jari kaki dan tekan menjauh dari terapis menuju ke pergelangan kaki, dan kembali ke ujung jari kaki dengan gerakan stroking yang lebih ringan. Lakukan gerakan ini 3-5 kali. Lanjutkan dengan gerakan stroke pada kaki bagian bawah dengan kedua ibu jari, dimulai pada pangkal jari kaki dan bergerak melalui lengkungan kaki menuju tumit dan kembali lagi. Gunakan gerakan stroking yang panjang dan tegas, tekan dengan lembut telapak kaki dengan kedua ibu jari. Lakukan gerakan ini 3-5 kali.

- *Ankle Rotations*

Longgarkan sendi dan relaksasikan kaki. Genggam kaki dibawah tumit dengan satu tangan, dibelakang pergelangan kaki untuk menahan kaki. Genggam punggung dan telapak kaki dengan tangan yang lain kemudian putar telapak kaki. Gerakan dilakukan masing-masing 3 kali pada masing- masing arah.

- *Toe Pulls and Squeezes*

Jari-jari kaki sangat sensitif ketika disentuh. Genggam telapak kaki dengan satu tangan. Pegang masing-masing jari kaki

kemudian tarik dengan kuat dan perlahan, gerakan dilakukan secara bergantian pada masing-masing kaki. Kemudian pegang masing-masing jari kaki, sambil menekan geser jari ke ujung jari klien dan kembali lagi ke pangkal. Kemudian ulangi, tetapi penekanan lebih lembut dan putar ibu jari dan jari telunjuk tangan sambil digeser ke ujung jari kaki pasien. Ulangi gerakan ini pada kaki lainnya

- *Toe Slides*

Pegang kaki pada bagian belakang pergelangan kaki. Dengan jari telunjuk pada tangan lainnya, sisipkan jari diantara jari-jari kaki pasien, lakukan gerakan maju mundur sebanyak 3-5 kali.

- *Arch Press*

Pegang kaki pasien seperti pada langkah ke empat. Berikan tekanan pada lengkungan telapak kaki dengan menggunakan pangkal telapak tangan, dimulai dari telapak kaki bagian tengah sampai ke tumit kaki pasien dan kembali lagi. Lakukan gerakan ini sampai 5 kali.

- *Stroking*

Lakukan gerakan yang sama pada poin pertama seperti yang sudah disebutkan diatas. Langkah ini sangat bagus untuk memulai dan mengakhiri kegiatan pijat. Seluruh rangkaian gerakan ini mudah dilakukan oleh siapapun untuk memijat orang lain atau dirinya sendiri.

- Pindahkan perlak di bawah tangan pasien
- Oleskan minyak zaitun ke sekitar area telapak tangan pasien
- Jepit tangan klien (posisi supinasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking.
- Pijat telapak tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali
- Jepit tangan klien (posisi pronasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking

- Pijat punggung tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali
- Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi.
- Remas pergelangan tangan klien sebanyak 5x
- Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan) menggunakan jepitan dua jari. Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi.
- Posisikan telapak tangan klien dan perawat seperti bentuk toss tangan perawat yang lain memegang pergelangan tangan klien
- Gerakkan tangan klien arah memutar ke kanan 5x dan kekiri 5x
- Dorong pergelangan tangan klien ke depan 5x dan ke belakang 5x
- Usap kaki dan tangan pasien menggunakan tissu basah Rapikan pasien dan tempat kembali

2.4.5 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Pijat kaki dan tangan

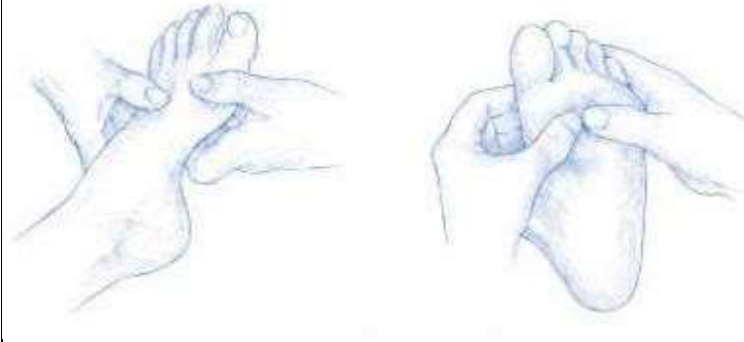
Tabel 2.2
Sumber : Alkalah, (2018)

SOP Terapi Relaksasi pijat kaki dan tangan

SOP FOOT AND HAND MASSAGE		
1.	PENGERTIAN	<i>Foot and hand massage</i> merupakan tindakan menggosok area kulit telapak kaki dan tangan dengan menggunakan penekanan yang menggunakan telapak tangan.
2.	TUJUAN	1. Mengurangi nyeri luka post <i>sectio caesarea</i> 2. Relaksasi
3.	INDIKASI	1. Pasien dengan post SC POD 1 2. Kesadaran compos mentis

4.	KELEBIHAN	1. Meningkatkan sirkulasi darah 2. Meningkatkan kenyamanan
5.	KEKURANGAN	Jika tidak dilakukan dengan benar efek yang dihasilkan tidak maksimal
4.	PERSIAPAN PERAWAT	1. Menyediakan alat 2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan 3. Mengukur skala nyeri pasien
5.	PERSIAPAN ALAT	1. Minyak zaitun 2. Handuk 3. Perlak 4. Tisu basah 5. Handscoon bersih 6. Bengkok
6.	CARA BEKERJA ✓ Cuci tangan ✓ Posisikan pasien dengan nyaman ✓ Siapkan alat ✓ Gunakan <i>handscoon</i> bersih ✓ Bersihkan kaki klien ✓ Berikan perlak bawah telapak kaki klien ✓ Usapkan minyak zaitun secara merata di area telapak dan punggung kaki klien ✓ <i>Stroking</i>/ mengusap	

Merangsang sirkulasi dan menghangatkan kaki. Pegang kaki pasien dengan kedua tangan, pada kaki bagian atas lakukan gerakan stroking

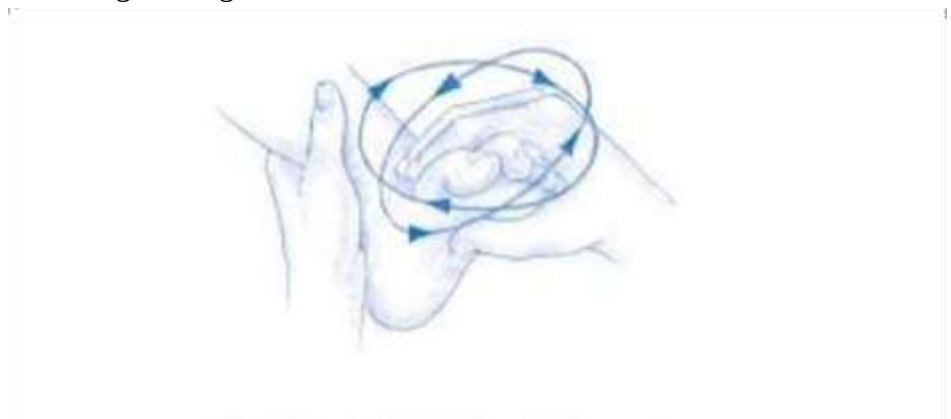


yang panjang, perlahan dan tegas dengan kedua ibu jari. Gerakan dimulai dari ujung jari kaki dan tekan menjauh dari terapis menuju ke pergelangan kaki, dan kembali ke ujung jari kaki dengan gerakan stroking yang lebih ringan. Lakukan gerakan ini 3-5 kali

Lanjutkan dengan gerakan stroke pada kaki bagian bawah dengan kedua ibu jari, dimulai pada pangkal jari kaki dan bergerak melalui lengkungan kaki menuju tumit dan kembali lagi. Gunakan gerakan stroking yang panjang dan tegas, tekan dengan lembut telapak kaki dengan kedua ibu jari. Lakukan gerakan ini 3-5 kali.

✓ *Ankle Rotations*

Longgarkan sendi dan relaksasikan kaki. Genggam kaki dibawah tumit dengan satu tangan, dibelakang pergelangan kaki untuk menahan kaki. Genggam punggung dan telapak kaki dengan tangan yang lain kemudian putar telapak kaki. Gerakan dilakukan masing-masing 3 kali pada masing-masing arah.



✓ *Toe Pulls and Squeezes*

Jari-jari kaki sangat sensitif ketika disentuh. Genggam telapak kaki dengan satu tangan. Pegang masing-masing jari kaki kemudian tarik dengan kuat dan perlahan, gerakan dilakukan secara bergantian pada masing-masing kaki. Kemudian pegang masing-masing jari kaki, sambil menekan geser jari ke ujung jari klien dan kembali lagi ke pangkal. Kemudian ulangi, tetapi penekanan lebih lembut dan putar ibu jari dan jari telunjuk tangan sambil digeser ke ujung jari kaki pasien. Ulangi gerakan ini pada kaki lainnya.



✓ *Toe Slides*

Pegang kaki pada bagian belakang pergelangan kaki. Dengan jari telunjuk pada tangan lainnya, sisipkan jari diantara jari-jari kaki pasien, lakukan gerakan maju mundur sebanyak 3-5 kali.



✓ *Arch Press*

Pegang kaki pasien seperti pada langkah ke empat. Berikan tekanan pada lengkungan telapak kaki dengan menggunakan pangkal telapak tangan, dimulai dari telapak kaki bagian tengah sampai ke tumit kaki pasien dan kembali lagi. Lakukan gerakan ini sampai 5 kali.



✓ *Stroking*

Lakukan gerakan yang sama pada poin pertama seperti yang sudah disebutkan diatas. Langkah ini sangat bagus untuk memulai dan mengakhiri kegiatan pijat. Seluruh rangkaian gerakan ini mudah dilakukan oleh siapapun untuk memijat orang lain atau dirinya sendiri.

- ✓ Pindahkan perlek di bawah tangan pasien
- ✓ Oleskan minyak zaitun ke sekitar area telapak tangan pasien
- ✓ Jepit tangan klien (posisi supinasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking.
- ✓ Pijat telapak tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali



- ✓ Jepit tangan klien (posisi pronasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking
- ✓ Pijat punggung tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali



	✓ Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi.  ✓ Remas pergelangan tangan klien sebanyak 5x ✓ Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan) menggunakan jepitan dua jari. Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi. ✓ Posisikan telapak tangan klien dan perawat seperti bentuk toss tangan perawat yang lain memegang pergelangan tangan klien ✓ Gerakkan tangan klien arah memutar ke kanan 5x dan kekiri 5x ✓ Dorong pergelangan tangan klien ke depan 5x dan ke belakang 5x ✓ Usap kaki dan tangan pasien menggunakan tissu basah ✓ Rapihan pasien dan tempat kembali
8.	EVALUASI 1. Observasi reaksi nonverbal ketidaknyamanan 2. Tanyakan pada klien bagaimana perasaannya setelah diberikan terapi pijat? 3. Apa efek yang dirasakan klien setelah diberikan terapi pijat ? termasuk pikiran, perasaan, reaksi atau aktivitas. (respon subjektif). 4. Apa terapi pijat ini efektif untuk menurunkan nyeri ? 5. Tanyakan skala nyeri klien setelah diberikan terapi pijat ? 6. Jika klien memiliki kesempatan untuk mengaplikasikan terapi pijat sendiri dirumah, apakah ibu bersedia melakukannya ? 7. Apakah terapi pijat ini pantas dimasukan ke dalam perawatan sehari-hari ibu setelah melahirkan untuk menurunkan nyeri ?
9	Hal-hal yang harus diperhatikan : 1. Kondisi ruangan yang nyaman, suhu tidak terlalu panas, tidak terlalu dingin, pencahayaan yang cukup tidak remang-rmang.

2.5 Kerangka konseptual

Bagan 2.1
Kerangka Konseptual

