

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Siti Saleha, 2013).

Masa post partum disebut juga puerperium. Puerperium berasal dari bahasa latin. Puer berarti bayi dan parous berarti melahirkan. Jadi dapat disimpulkan puerperium atau masa post partum merupakan masa setelah melahirkan. Masa post partum dapat diartikan sebagai masa nifas normal atau masa sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai enam minggu berikutnya disertai pemulihannya organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan (Sari, 2015).

Post partum atau disebut juga masa nifas adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Dimana organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil (Dewi, 2017). Periode ini juga disebut puerperium atau trimester ke empat kehamilan (Bobak, 2013).

2.1.2 Tahapan Masa Post Partum

Tahapan post partum dibagi menjadi 3 yaitu pertama *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir 24-jam, yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah dan suhu. Kedua yaitu Early postpartum (24 jam-1 minggu) harus dipastikan involusi uteri normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik, dan ketiga yaitu Late post partum (1 minggu-6 minggu). Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/Pendidikan Kesehatan keluarga berencana (KB).

2.1.3 Perubahan Fisiologi Masa Post Partum

Menurut (Wahyuningsih, 2019) setelah tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Involusi Uterus

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

b. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa post partum lochea berbau amis dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lochea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya yaitu sebagai berikut:

1) Lochea Rubra

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke 4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) Lochea Sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke- 4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi. Keluar pada hari ke- 7 sampai hari ke- 14.

4) Lochea Alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

Lochea yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lochea 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 "lochea purulenta". Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut "lochea stasis".

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 berangsur-angsur 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, perineum 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 sfinter 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 uters berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan Sistem Kardivaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum corida. 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 post partum.

i. Perubahan sistem Endokrin

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH

(Follicle Stimulating Hormone) dan LH (Luteinizing Hormone) akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga di pengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Saleha, 2009).

j. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa *post partum*, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu tubuh

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) Nadi

Denyut nadi normal pada dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/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 preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu 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.

2.1.4 Perubahan Psikologis Masa Post Partum

1. Fase Taking In

Fase taking in merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

2. Fase Taking Hold

Fase taking hold berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. Fase Letting Go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi.

Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

2.2 Konsep Persalinan Sectio Caesarea

2.2.1 Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh (Ratnawati, 2016). Definisi lain dari sectio caesarea adalah persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh dengan berat janin di atas 500 gram dan atau usia kehamilan lebih dari 28 minggu (Sugito, et al., 2023).

2.2.2 Indikasi dan Kontra Indikasi Sectio Caesarea

Keadaan di mana proses persalinan tidak dapat dilakukan melalui jalan lahir merupakan indikasi mutlak untuk dilakukan operasi sectio caesarea yang antara lain disebabkan karena terjadinya disproporsi kepala-panggul, presentasi dahi-muka, disfungsi uterus, distosia serviks, plasenta previa, janin besar, partus lama atau tidak ada kemajuan, fetal distress, pre-eklamsia, malpresentasi janin dengan indikasi panggul sempit, gemelli dengan kondisi interlok, dan ruptura uteri yang mengancam. Kontra indikasi untuk dilakukan persalinan sectio caesarea antara lain karena kondisi janin mati, syok, anemia berat, dan kelainan kongenital berat (Sugito, et al., 2023).

2.2.3 Patofisiologi Persalinan Sectio Caesarea

Terdapat beberapa kendala atau kelainan dalam proses persalinan, menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau lahir normal, misalnya disebabkan panggul sempit, plasenta previa, ruptur uteri yang mengancam, persalinan lama, preeklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin sehingga dilakukan persalinan dengan seksio sesarea. Anestesi diberikan di operasi sectio caesarea yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, yang mana efeknya menyebabkan masalah dengan gangguan mobilitas fisik. Efek anestesi juga menyebabkan sembelit.

Kurangnya informasi tentang proses operasi, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi akan menimbulkan masalah kecemasan. Sedang

dalam proses operasi juga dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan putusnya diskontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman akibat nyeri (nyeri akut) yang timbul setelah proses operasi berakhir. Setelah proses pembedahan selesai area insisi ditutup dan menimbulkan luka post sectio caesarea yang jika tidak ditangani dengan baik dengan baik dan benar akan menimbulkan resiko infeksi. Selama hormon post partum progesteron dan estrogen akan menurun dan kontraksi rahim akan terjadi dan involusi yang tidak memadai mengakibatkan perdarahan dan dapat menyebabkan risiko syok, penurunan hemoglobin dan mengakibatkan kekurangan oksigen kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri. Setelah kelahiran bayi itu prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektivitas ASI, efek ASI itu Pemberian ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati & Hartati, 2019).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda dari setiap orang dalam hal skala atau tingkatnya, dan hanya orang dalam hal skala atau tingkatnya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Alimul, 2020).

Nyeri adalah sensasi yang tidak nyaman yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman dan fantasi luka. Nyeri merupakan tanda peringatan bahaya terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri (Susanti, 2014).

2.3.2 Macam-macam nyeri

Banyak sistem berbeda dapat digunakan untuk mengklasifikasikan nyeri, yang paling umum nyeri diklasifikasikan berdasarkan durasi, etiologi, atau sumber atau lokasi (Kyle, 2015):

a. Berdasarkan Durasi

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah sensasi nyeri yang muncul tiba-tiba dan biasanya berlangsung dalam waktu singkat, seringkali sebagai respons terhadap cedera atau penyakit. Biasanya mengindikasikan kerusakan jaringan dan berubah dengan penyembuhan cedera. Contoh penyebab nyeri akut yaitu trauma, prosedur invasif, dan penyakit akut.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang terus berlangsung melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan untuk cedera jaringan. Nyeri ini dapat mengganggu pola tidur dan penampilan aktifitas anak yang menyebabkan penurunan nafsu makan dan depresi.

b. Berdasarkan etiologi

1) Nyeri Nosiseptif

Nyeri yang diakibatkan stimulant berbahaya yang merusak jaringan normal jika nyeri bersifat lama. Rentang nyeri nosiseptif dari nyeri tajam atau terbakar hingga tumpul, sakit, atau menimbulkan kram dan juga sakit dalam atau nyeri tajam yang menusuk.

2) Nyeri Neuropati

Nyeri akibat multifungsi system saraf perifer dan system saraf pusat. Nyeri ini berlangsung terus menerus atau intermenin dari biasanya dijelaskan seperti nyeri terbakar, kesemutan, tertembak, menekan atau spasme.

c. Berdasarkan Lokasi

1) Nyeri Somatik

Nyeri yang terjadi pada jaringan. Nyeri somatik dibagi menjadi dua yaitu superfisial dan profunda. Superfisial melibatkan stimulasi nosiseptor di kulit, jaringan subkutan atau membrane mukosa, biasanya nyeri terokalisir dengan baik sebagai sensasi tajam, tertusuk atau terbakar. Profunda melibatkan otot, tendon dan sendi, fasia, dan

tulang. Nyeri ini terlokalisir dan biasanya dijelaskan sebagai tumpul, nyeri atau kram.

2) Nyeri Viseral

Nyeri yang terjadi dalam organ, seperti hati, paru, saluran gastrointestinal, pankreas, hati, kandung empedu, ginjal dan kandung kemih. Nyeri ini biasanya dihasilkan oleh penyakit dan terlokalisir buruk serta dijelaskan nyeri dalam dengan sensasi tajam menusuk dan menyebar.

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Judha dkk., 2018):

1) Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga mempengaruhi nyeri. Laki-laki dan perempuan berbeda cara menerima dan mengatasi nyeri, hal itu dipengaruhi oleh genetik, hormon, keluarga dan budaya.

3) Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogen dan akan terjadi presepsi nyeri.

4) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

2.3.4 Pengkajian Nyeri

Dalam pengkajian nyeri dapat dinilai dengan PQRST yang dapat membantu klien dalam menyatakan keluhannya secara lengkap (Ramadhan dkk., 2022) sebagai berikut:

a. Provocates/palliates (P)

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

b. Quality (Q)

Kualitas nyeri merupakan suatu subjektif yang dirasakan klien seperti akut, tumpul, panas, tajam, berdenyut, tertindih, tertusuk.

c. Region (R)

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan klien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan.

d. Severity (S)

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

e. Time (T)

Mengkaji waktu awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri.

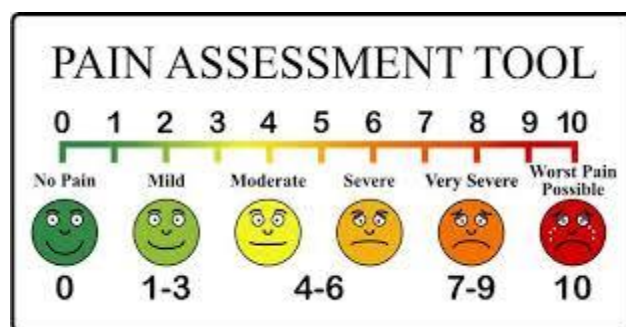
2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri

Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Astutik dan Kurlinawati, 2017). Sedangkan, dalam dunia non farmatologi dalam mengurangi efek nyeri pasca operasi dapat dilakukan dengan berbagai teknik yang dapat meringankan ketegangan otot dan emosi serta dapat mengurangi nyeri yaitu teknik nafas dalam, pemberian essensial oil daun melati, teknik relaksasi genggam jari, kompres hangat, teknik *self healing dan massage* (Djala, 2018)

2.3.5 Skala Nyeri Numeric

Gambar 2.1

Skala identitas nyeri numeric



Keterangan:

0 Tidak nyeri

1-3 Nyeri ringan: klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 Nyeri sedang: klien mendesis menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 Nyeri berat: klien kadang tidak dapat mengiuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, dan nafas panjang.

10 Nyeri sangat berat tidak mampu berkomunikasi, memukul. Penggunaan skala nyeri tertulis untuk mengukur nyeri tidak mungkin dilakukan jika klien mengalami sakit serius atau nyeri hebat atau baru saja mengalami pembedahan. Untuk melakukan pengkajian, misalnya menggunakan skala intensitas nyeri numeric 0-10, klien dapat ditanya: "pada skala nol sampai sepuluh, nol berarti tidak nyeri dan sepuluh adalah nyeri paling hebat yang pernah terjadi, seberapa berat nyeri yang anda rasakan saat ini?". Hasil yang diharapkan dari pasien menyatakan kenyamanan menjadi baik, perilaku atau gejala-gejala yang berhubungan dengan nyeri berkurang atau hilang.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat. Tujuan dari dokumentasi pada intinya adalah untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2017).

1) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Pada umumnya pasien post sectio caesar mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

Pada ibu post SC, ibu akan mengalami rasa nyeri. Rasa nyeri biasanya muncul 2 jam setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena pengaruh pemberian obat anastesi pada saat persalinan. Nyeri post SC diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasma, 2014).

3) Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi sectio caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre

eklampsia dan giant baby, seperti diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

4) Riwayat perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

5) Riwayat obstetric

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

6) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

7) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

8) Pola-pola fungsi Kesehatan

Setiap pola fungsi kesehatan pasien terbentuk atas interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data. Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya. Pola aktifitas biasanya pada pasien post sectio caesarea mobilisasi dilakukn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan. Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien post sectio caesarea takut untuk melakukan BAB. Pola istirahat dan tidur

biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan. Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

9) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. (Dermawan, 2012).

a) Kepala

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum. Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihan. Pada ibu post sectio caesarea biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.

b) Hidung

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent. Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

c) Leher

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pemebesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.

d) Thorak

Pada pemeriksaan thorak meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voal fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan). Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuranjantung), auskultasi (bunyi jantung).

e) Payudara

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit.

f) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).

g) Genitalia

Pada pemeriksaan genetalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lokhea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.

h) Anus

Pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi.

i) Ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.

j) Status mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Ada beberapa diagnosis yang mungkin saja muncul berdasarkan SDKI (2016) yaitu:

1. Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik bd nyeri (D.0054)
3. Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)
4. Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)
5. Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)
6. Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesarea (D.0111)
7. Ganggaun proses keluarga bd krisis situasional (D.012)
8. Ansietas bd krisis situasional (D.0080)
9. Resiko infeksi bd adanya luka insisi (0142)

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)	Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri (I.08238)
	Tanda Mayor:	1. Keluhan nyeri menurun	Observasi
	DS:	2. Meringis menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
	1. Mengeluh nyeri	3. Sikap protektif menurun	2. Identifikasi skala nyeri
	DO:	4. Gelisah menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal
	1. Tampak meringis	5. Kesulitan tidur menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
	2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)	6. Frekuensi nadi membaik	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
	3. Gelisah		6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
	4. Frekuensi nadi meningkat		7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
	5. Sulit tidur		8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
	Tanda Minor:		9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
	DS:		Terapeutik
	-		10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
	DO:		11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
	1. Tekanan darah meningkat		

		2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	(mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Gangguan mobilitas fisik bd nyeri (D.0054) Tanda Mayor: DS: 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 1. Kekuatan otot menurun. 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	

	<p>Tanda Minor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nyeri saat bergerak2. Enggan melakukan pergerakan3. Merasa cemas saat bergerak <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sendi kaku2. Gerakan tidak terkoordinasi3. Gerakan terbatas4. Fisik lemah	<ol style="list-style-type: none">9. Anjurkan melakukan ambulasi dini10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
3	<p>Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu2. Pengeluaran feses lama dan sulit <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Feses keras2. Peristaltik usus menurun <p>Tanda Minor</p>	<p>Eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kontrol pengeluaran feses meningkat2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun3. Mengejan saat defekasi menurun4. Konsistensi feses membaik5. Frekuensi BAB membaik6. Peristaltik usus membaik	<p>Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal3. Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume)4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">5. Berikan air hangat setelah makan6. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien7. Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi</p>

<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengejan saat defekasi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensi abdomen 2. Kelemahan umum 3. Teraba massa pada rektal 		<ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 9. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 10. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 11. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 12. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 13. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
<p>4 Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)</p> <p>Gejala dan Tanda mayor</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi tidak mampu melekat pada 	<p>Status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. erlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

payudara ibu 2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	4. Berat badan bayi meningkat 5. Tetesan/pancaran ASI meningkat 6. Suplai ASI adekuat meningkat 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat 8. Kepercayaan diri ibu meningkat 9. Lecet pada puting menurun 10. Kelelahan maternal menurun 11. Kecemasan maternal menurun	7. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga Kesehatan, dan masyarakat Edukasi 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 12. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis: memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
Tanda Minor DS: - DO: 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		

5	Defisit Pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)	Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:	Edukasi Kesehatan (I.12383)
	Tanda Mayor	1. perilaku sesuai anjuran meningkat	Observasi
	DS:	2. Verbalisasi minat dalam belajar	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
	-	3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
	DO:	4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	Terapeutik
	1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
	Tanda Minor	7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	5. Berikan kesempatan untuk bertanya
	1. Menjalani pemeriksaan yang tepat		Edukasi
	2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)		6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
			7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
			8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

6	Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111)	Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:	Edukasi Kesehatan (I.12383)
	Tanda Mayor	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat	Observasi
	DS:	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
	-	3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat	2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
	DO:	4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat	Terapeutik
	3. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
	4. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
	Tanda Minor	7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	5. Berikan kesempatan untuk bertanya
	3. Menjalani pemeriksaan yang tepat		Edukasi
	4. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)		6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
			7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
			8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

7	<p>Gangguan proses keluarga bd krisis situasional (D.0012)</p> <p>Tanda Mayor DS: -</p> <p>DO: 1. keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi 2. Tidak mampu berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga</p> <p>Tanda Minor DS: 1. keluarga tidak mampu mengungkapkan perasaan secara leluasa</p> <p>DO: 1. Keluarga tidak mampu memenuhi kebutuhan</p>	<p>Proses keluarga membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Adaptasi keluarga terhadap situasi meningkat 2. Kemampuan keluarga berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga meningkat</p>	<p>Dukungan Koping Keluarga (I.09260)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi beban prognosis secara psikologis 3. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang 4. Identifikasi kesesuaian antara harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga 6. Terima nilai-nilai keluarga dengan cara yang tidak menghakimi 7. Diskusikan rencana medis dan perawatan 8. Fasilitasi pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga 9. Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka Panjang, jika perlu 10. Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai 11. Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar keluarga (mis: tempat tinggal, makanan, pakaian) 12. Fasilitasi anggota keluarga melalui proses kematian dan berduka, jika perlu 13. Fasilitasi memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien</p>
---	--	---	---

	fisik/emosional/spiritual anggota keluarga				14. Bersikap sebagai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/atau jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
	2. Keluarga tidak mampu mencari atau menerima bantuan secara tepat				15. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan
					16. Berikan kesempatan berkunjung bagi anggota keluarga
					Edukasi
					17. Informasikan kemajuan pasien secara berkala
					18. Informasikan fasilitas perawatan Kesehatan yang tersedia
					Kolaborasi
					19. Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu
8	Ansietas bd krisis situasional (D.0080)	Tanda Mayor. DS: 1. Merasa bingung. 2. Merasa khawatir dengan akibat. 3. Sulit berkonsentrasi. DO: 1. Tampak gelisah. 2. Tampak tegang. 3. Sulit tidur	Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	

Tanda Minor.

DS:

1. Mengeluh pusing.
2. Anoreksia.
3. Palpitasi.
4. Merasa tidak berdaya.

DO:

1. Frekuensi napas meningkat.
2. Frekuensi nadi meningkat.
3. Tekanan darah meningkat.
4. Diaforesis.
5. Tremor.
6. Muka tampak pucat.
7. Suara bergetar.
8. Kontak mata buruk.
9. Sering berkemih.
10. Berorientasi pada masa lalu.

9. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

10. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

11. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

12. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

13. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

14. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu

15. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan

16. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

17. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

18. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat

19. Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

20. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Yustiana & Ghofur (2018) Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (potter & pretty, 2011).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Yustiana & Ghofur, 2016).

Evaluasi adalah tahapan akhir proses keperawatan yang terdiri dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan terus menerus hingga mencapai tujuan.

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap hari setelah semua tindakan sesuai diagnosa keperawatan dilakukan evaluasi sumatif terdiri dari SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning). Subjek berisi

respon yang diungkapkan oleh pasien dan objektif berisi respon nonverbal dari pasien respon tersebut didapat setelah perawat melakukan tindakan keperawatan. Analisis merupakan kesimpulan dari tindakan dalam perencanaan masalah keperawatan dilihat dari ketercapaian hasil apakah teratasi, tertasi sebagian atau belum teratasi. Sedangkan planning berisi perencanaan tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Suprajitno dalam Wardani, 2013)

2.5 Foot Massage

2.5.1 Pengertian

Pijat (massage) adalah terapi non farmakologis yang hanya menggunakan tangan manusia, tidak ada obat pembedahan atau alat – alat kedokteran yang digunakan sehingga lebih aman. Pijat pada kaki biasanya memberi efek respon psikologis yang memberikan kenyamanan dan kelegaan pada beberapa bagian tubuh, sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri yang dialami pasien. (Oktarosada&Yunitasari, 2024)

Foot massage adalah salah satu teknik pilihan dalam menurunkan nyeri dikarenakan pada daerah kaki terdapat saraf–saraf yang terhubung ke organ dalam dan memanipulasi jaringan ikat dengan cara meremas, pukulan atau gesekan untuk memberikan dampak terhadap sirkulasi dan juga dapat memberikan efek relaksasi, tindakan non farmakologis dengan foot massage bisa dilakukan 24 – 48 jam setelah tindakan sectio caesaraea (SC) (Devi & Supardi, 2019). Keuntungan dengan diberikan foot massage sebagai salah satu terapi komplementer yang aman dan juga mudah diberikan serta mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi

rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Muliani et al, 2020).

Foot massage atau pijat kaki adalah terapi komplementer yang dilakukan dengan memanipulasi jaringan ikat pada kaki. Teknik pijat yang digunakan meliputi effleurage (mengusap), petrissage (memijit), friction (menggosok), tapotement (menepuk), dan vibration (menggetarkan) (Nila, 2016).

Tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri, pelaksanaan pijat kaki dapat dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh obat ketorolac 5 jam dari waktu pemberian (Chanif. 2018). Teknik non farmakologis Pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. Massage pada daerah yang diinginkan selama 20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan (Poer & Perry, 2010). Intervensi (Pijat kaki) diberikan dengan tahap pre intervensi untuk mengukur skala nyeri, intervensi dilakukan 1 kali setiap hari selama 2 hari dengan lama waktu pemberian selama 20 menit sesuai dengan petunjuk teknis pemberian terapi Pijat kaki yang ada, dan post intervensi yaitu dilakukan dengan mengukur kembali skala nyeri responden, kemudian mencatatnya di lembar observasi (post test) hari ke-2 (Nurlaela&Rumhaeni, 2020).

2.5.2 Mekanisme *Foot Massage*

Nosireseptor adalah saraf yang memulai sensasi nyeri di mana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, oleh karena itu foot massage dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri (Abbaspoor, M, & S, 2014). *Foot massage* dapat membantu menutup gerbang di posterior horns dari sumsum tulang belakang dan memblokir bagian dari nyeri ke sistem saraf pusat, selain itu Pijat kaki juga dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stres dengan cara meningkatkan tingkat dopamine yang ada di tubuh (Abdelaziz & Mohammed, 2014) *Foot massage* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena

pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan hormon serotonin dan dopamine (Masadah, Cembun, 2020).

Foot Massage selain dapat menghambat pesan nyeri ke sistem saraf pusat juga dapat membuat tubuh bereaksi dengan mengeluarkan endorfin karena pemijatan. Endorfin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti morfin. Endorfin bersifat menenangkan, memberi efek nyaman, dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang sudah usang atau rusak. Semua teknik ini mampu mensmulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem *gate control* diaktivasi melalui inhibitor interneuron dimana rangsangan interneuron di hambat. Hasilnya fungsi inhibisi dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri sehingga nyeri tidak diinterpretasikan (Chanif, 2013).

2.5.3 SOP *Foot Massage*

Definisi	Foot massage atau pijat kaki adalah terapi komplementer yang dilakukan dengan memanipulasi jaringan ikat pada kaki. Teknik pijat yang digunakan meliputi effleurage (mengusap), petrissage (memijit), friction (menggosok), tapotement (menepuk), dan vibration (menggetarkan)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan sirkulasi darah 2. Relaksasi 3. Mengurangi nyeri <i>post section caesarea</i>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6 jam setelah pemberian analgesic 2. Keadaan compos metis
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan 2. Mengukur skala nyeri pasien
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minyak zaitun 2. Handuk

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Handscoon bersih 4. Tissue basah
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan. 2. Posisikan pasien dengan nyaman. 3. Menggunakan handscoon. 4. Tempatkan handuk di bawah kaki. 5. Bersihkan kaki dengan tissue basah 6. <i>Lakukan foot massage.</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Letakan tangan di atas tulang kering, tekan perlahan menggunakan ibu jari menuju ke atas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali ke turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik effleurage. b. Memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dari bagian terdalam dan terluas luar kaki dengan teknik petrissage. c. Tangkupkan salah satu telapak tangan di punggung kaki, kemudian menggosok area telapak kaki secara keseluruhan dari dalam ke sisi luar. d. Pegang telapak kaki kemudian menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan teknik tapotement. e. Menggerakkan kaki dan jari kaki dengan gerakan maju mundur atau depan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut menggunakan teknik vibration. 7. Bersihkan kaki dengan handuk.

Sumber	Sari, D. N. (2020). <i>Foot massage reduce post operation pain Sectio Caesarea at post partum. Jawa: Jurnal Ilmiah Keperawatan</i> , 1(1), 32-40.
--------	---

2.5.4 Pembahasan Jurnal

Tabel 2.2
Analisis jurnal

No	Identitas Jurnal	Pasien/Populasi	Intervensi	Comparison	Outcome	Time
1	Pijat Kaki dalam Menurunkan Nyeri Setelah Operasi Sectio Caesarpada Ibu Nifas Penulis: Dewi Nurlaela Sari, Aay Rumhaeni.	27 ibu post operasi sectio cesarea	foot massage diberikan selama 20 menit selama 2 hari	Tidak ada	Hasil penelian menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi seco caesarea berada di skala nyeri 6 sebelum dilakukan Pijat kaki dan hampir setengah memiliki skala nyeri 3 sesudah dilakukan Pijat kaki dan didapatkan nilai p-value = 0.000, sehingga disimpulkan ada pengaruh Pijat kaki terhadap skala nyeri pada klien post operasi seco caesarea.	2020
2	Implementasi Foot Massage untuk Menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea Penulis: St. Nurmadina*, I Made Sudarta,	Penelitian ini merupakan studi kasus dengan 5 orang responden	intervensi terapi foot massage pada pasien yang mengalami nyeri post sectio caesarea	Tidak ada	Penelitian dilakukan dengan memberikan intervensi foot massage menggunakan minyak zaitun pada pasien. Setelah dilakukan foot massage selama sepuluh hari pada kelima pasien, terjadi penurunan skala nyeri dari skala nyeri sedang ke skala nyeri ringan. Kesimpulannya pemberian foot massage selama 10 hari dapat	2025

	Masneni Ahmad.				menurunkan intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea	
3	Penerapan Terapi Foot Massage Untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar	2 klien post sectio caesarea	menggunakan foot massage yang diintervensikan pada 24 jam dan 48 jam post sectio caesarea dengan frekuensi 1x sehari, durasi 20 menit dengan pembagian setiap 10 menit pada masing – masing ekstremitas.	Tidak ada	Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan diatas, dapat disimpulkan bahwa, 1) kedua responden sebelum dilakukan foot massage terhadap penurunan skala nyeri dalam kategori nyeri sedang, 2) kedua responden sesudah dilakukan foot massage terhadap penurunan skala nyeri dalam kategori sedang dan ringan, 3) kedua responden sebelum dan sesudah dilakukan foot massage mengalami penurunan skala nyeri dari kategori sedang menjadi ringan, dan 4) yang didapatkan kedua responden mengalami penurunan skala nyeri dalam kategori nyeri sedang dan ringan.	2023
4	Penerapan Foot Massage Therapy Terhadap Skala Nyeri Post Sectio Caesarea	pasien Ny. E dan Ny. S dengan post sectio caesarea di RSUD Az-Zahra Kalirejo Lampung Tengah tahun 2021	foot massage	Tidak ada	Saat pengkajian skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 7 (nyeri berat) yang dirasakan setiap saat dan bertambah ketika tubuh melakukan pergerakan. Setelah tiga hari diberikan foot massage therapy pada pasien menunjukan penurunan skala nyeri menjadi	2024

5	Penerapan Teknik 1 pasien post teknik relaksasi Tidak ada	skala nyeri 4 (nyeri sedang).
	Relaksasi Foot sectio cesarea foot massage	Hasil studi kasus menunjukkan 2023
	Massage Untuk	adanya penurunan skala nyeri
	Mengurangi Nyeri	pada pasien post sectio caesarea
	Pada Pasien Post	setelah dilakukan tindakan foot
	Sectio Caesarea Di	massage. Dari hasil studi kasus
	Bangsai Firdaus PKU	dapat disimpulkan bahwa ada
	Gamping	pengaruh signifikan terapi foot
		massage terhadap perubahan nyeri
		pada pasien post sectio cesarea.
	Penulis:	
	Gianina Sindi M	

Pembahasan: berdasarkan 5 jurnal yang diteliti yaitu tentang pengaruh foot massage terhadap nyeri post sectio caesarea menunjukkan pasien yang dilakukan terapi foot massage mengalami penurunan. dari 5 jurnal, instrument yang diterapkan yaitu menggunakan NRS (Numeric Rating Scale).

Pijat kaki selain dapat menghambat pesan nyeri ke sistem saraf pusat juga dapat membuat tubuh bereaksi dengan mengeluarkan endorfin karena pemijatan. Endorfin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti morfin. Endorfin bersifat menenangkan, memberi efek nyaman, dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang sudah usang atau rusak. Semua teknik ini mampu mensmulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem *gate control* diakvasi melalui inhibitor interneuron dimana rangsangan interneuron di hambat. Hasilnya fungsi inhibis dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri sehingga nyeri tidak diinterpretasikan (Chanif, 2013).

Tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri, Pelaksanaan Pijat kaki dapat dilakukan pada 24-48 jam post operasi, dan setelah 5 jam pemberian injeksi ketorolac, di mana pada saat itu pasien kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh obat ketorolac 5 jam dari waktu pemberian (Chanif, 2018). Teknik non farmakologis Pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefekfan dalam pengobatan. Massage pada daerah yang diinginkan selama 20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan (Poer & Perry, 2010).

Intervensi (Pijat kaki) diberikan dengan tahap pre intervensi untuk mengukur skala nyeri, intervensi dilakukan 1 kali setiap hari selama 2 hari dengan lama waktu pemberian selama 20 menit sesuai dengan petunjuk teknis pemberian terapi Pijat kaki yang ada, dan post intervensi yaitu dilakukan dengan mengukur kembali skala nyeri responden, kemudian mencatatnya di lembar observasi (post test) hari ke-2 (Nurlaela&Rumhaeni, 2020).