

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi Post Partum

Masa nifas atau nifas adalah masa yang dimulai beberapa jam setelah lahirnya plasenta dan berakhir pada enam minggu pertama kehidupan, atau masa yang diperlukan ibu untuk memulihkan kesehatannya setelah melahirkan, yang umumnya memerlukan waktu enam sampai dua belas minggu (Nugroho T., 2014). Masa nifas adalah beberapa jam sesudah lahirnya plasenta atau tali pusat dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali pada masa sebelum hamil, yang berlangsung kira-kira enam minggu setelah kelahiran yang meliputi minggu—minggu berikutnya pada waktu sistem reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Fauziah 2022).

Berdasarkan pengertian para ahli di atas, maka dapat kita simpulkan bahwa post partum adalah masa dimana organ reproduksi mulai kembali ke ukuran semula sebelum hamil, dan memerlukan waktu sekitar 6 minggu lamanya untuk kembali ke semula.

2.1.2 Etiologi Post Partum

a. Perubahan kadar hormone

Perubahan kadar hormone mungkin dibutuhkan oleh penebaran plasenta dan terjadi sebagai berikut:

1. Kadar progesterone menurun (relaksasi otot menghilang)
2. Kadar estrogen dan prostaglandin meningkat
3. Oksitosin pituitary dilepaskan (pada kebanyakan kehamilan produksi hormone akan disupresi).

b. Distensi Uterus

Distensi uterus menyebabkan terjadinya hal berikut:

1. Serabut otot yang teregang sampai batas kemampuannya akan bereaksi dengan adanya kontraksi.
2. Produksi dan pelepasan prostaglandin F myometrium
3. Sirkulasi plasenta mungkin terganggu sehingga menimbulkan perubahan hormone

c. Tekanan janin

Kalau janin sudah mencapai batas pertumbuhannya di dalam uterus, ia akan menyebabkan:

1. Peningkatan tekanan dan ketegangan pada dinding uterus.
2. Stimulasi dinding uterus yang tegang tersebut sehingga timbul kontraksi

d. Faktor-faktor lain

1. Penurunan tekanan secara mendadak ketika selaput amnion pecah.
2. Gangguan emosional yang kuat (lewat rantai korteks-hipotalamus hipofise) dapat menyebabkan pelepasan oksitosin.

2.1.3 Patofisiologi Post Partum

a. Adaptasi Fisiologi

1. Involusio

Perubahan proses kembalinya uterus dan jalan lahir sampai pulih kembali ke keadaan semula disebut dengan involusio.

a) Fundus Uteri

Perubahan uterus setelah proses persalinan yaitu:

1. Plasenta lahir, tinggi fundus uteri setinggi pusat
bobot uterus 1000 gram, dan diameter uterus 12,5 cm
2. 7 hari, tinggi fundus uteri pertengahan pusat sampai simpisi, bobot uterus 500gram, dan diameter uterus 7,5 cm.
3. 14 hari, tidak teraba, bobot uterus 350 gram, dan diameter uterus 5 cm.
4. 6 minggu, tinggi fundus uteri normal, bobot uterus 60 gram, dan diameter uterus 2,5 cm.

b) Tempat Plasenta

Menurut Padila (2017) setelah persalinan bekas plasenta yang mengandung banyak pembuluh darah besar akan tersumbat oleh trombus. Luka bekas implansi plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasar oleh pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Endometrium ini muncul dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan Pembuluh Darah Rahim

Menurut Padila (2017) uterus dalam masa kehamilan merupakan organ yang memiliki pembuluh darah yang besar, tetapi karena sesudah proses melahirkan sudah tidak lagi diperlukan maka peredaran darah akan kembali mengecil dalam masa nifas.

d) Perubahan Serviks

Menurut Icemi dan wahyu tahun 2017 perubahan bentuk serviks setelah persalinan yaitu bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Setelah melahirkan astrium eksternum dapat dilewati oleh 2 hingga 3 jari tangan. Setelah enam minggu pesalanan maka serviks akan menutup dengan sendirinya.

e) Perubahan Vulva,Vagina dan Perineum

Setelah tiga minggu, vulva dan vagina akan kembali ke keadaan semula dan rugae dalam vagina secara

perlahan-lahan akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Pada hari ke lima post partum, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya dan perineum menjadi lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil (Icemi dan Wahyu, 2017).

f) Endometrium

Endometrium mengalami involusi daerah implantasi plasenta. Nekrosis pembuluh darah terjadi hari ke-2 dan ke-3 setelah persalinan. Pada hari ke 7 terbentuk lapisan basal dan pada hari ke 16 normal kembali (Aspiani, 2017).

g) Lochia

Lochia adalah cairan yang dikeluarkan dari rahim melalui vagina selama masa nifas. Lochia berwujud alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Dalam keadaan normal lochia berbau anyir, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lochia dapat dibagi menurut jumlah dan warnanya yaitu: Lochia rubra berwarna merah dan hitam terdiri dari rambut lanugo, sel desidua verniks kaseosa, sisa mekonium, sisa darah dan keluar mulai hari pertama sampai hari ketiga. Lochia sangiolenta berwarna putih bercampur merah, mulai hari ketiga sampai hari ketujuh. Lochia serosa berwarna kekuningan

dari hari ketujuh sampai hari keempat belas. Lochia alba berwarna putih setelah dua minggu (Aspiani, 2017).

2. Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, hormon oksigen yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis. Selama 1-2 jam pertama pasca partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur. Untuk mempertahankan kontraksi uterus, suntikan oksitosin secara intravena atau intramuskuler diberikan segera setelah plasenta lahir.

3. Dinding Perut

Pasca persalinan dinding perut longgar karena diregang dalam waktu yang lama. Umumnya akan pulih dalam 6 minggu. Diafragma dan ligamen pelvis yang meregang saat partum sesudah bayi lahir akan mengecil dan pulih kembali.

4. Sistem Kardiovaskuler

Saat kehamilan, secara normal volume darah untuk menunjang penambahan aliran darah yang dibutuhkan oleh pembuluh darah uterus dan plasenta. Penurunan dari estrogen

menyebabkan diuresis yang menimbulkan volume plasma menurun secara cepat pada keadaan normal. Kondisi ini berlangsung 1-2 hari pasca persalinan. Selama ini klien mengalami sering kencing. Penurunan progesteron membantu mengurangi retensi cairan sehubungan dengan penambahan vaskularisasi jaringan ketika kehamilan (Padila, 2017).

5. Sistem Hematologi

Pada hari pertama setelah melahirkan, kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, peningkatan viskositas menyebabkan pembekuan darah. Pada keadaan dengan tidak ada komplikasi, hematokrit dan hemoglobin akan kembali normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu masa nifas. Leukosit meningkat, dapat mencapai $15000/\text{mm}^3$ saat persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari masa nifas (Elisabeth dan Endang, 2020).

6. Sistem Urinaria

Saat proses persalinan, kandung kemih akan mendapatkan trauma yang mengakibatkan edema dan kehilangan sensitivitas terhadap cairan. Perubahan ini memicu tekanan yang berlebihan dan pengosongan kantung kemih yang tidak sempurna. Setelah melahirkan umumnya

klien mengalami ketidakmampuan buang air kecil pada dua hari pertama. Pada masa ini, sebaiknya ibu post partum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin setelah melahirkan untuk menghindari terjadinya distensi kantung kemih (Solehati dan Kosasih , 2015).

7. Sistem Endokrin

Saat plasenta keluar menimbulkan berbagai perubahan fisiologis dan anatomi pada masa nifas. Terjadi penurunan pada human placental lactogen (hpl) , kortisol, hormon estrogen dan progesteron. Sedangkan prolaktin dan oksitosin mengalami peningkatan dikarenakan proses menyesuaikan (Solehati dan Kosasih, 2015).

8. Payudara

Pada payudara terjadi penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan kadar hormon prolaktin pasca persalinan. Produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 pasca persalinan. Kondisi payudara menjadi lebih besar dan keras karena proses laktasi (Elisabeth dan Endang, 2020).

9. Sistem pencernaan

Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa saat untuk kembali normal. Pola makan ibu

nifas menjadi berkurang dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Hal tersebut mendukung terjadinya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama (Icemi & Wahyu, 2017).

10. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Elisabeth dan Endang, 2020).

b. Adaptasi psikologis

Rubin dalam Aspiyani (2017) menyatakan bahwa perubahan psikologi pada masa post partum terdapat 3 tahapan, yaitu:

1. Fase *Taking In*

Pada fase ini ibu dalam keadaan kelelahan setelah melahirkan, masih berkonsentrasi pada keadaan dirinya, belum berkeinginan untuk merawat bayinya. Fase taking in terjadi 1-2 hari setelah persalinan.

2. Fase *Taking Hold*

Pada fase ini ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan menguasai keterampilan perawatan pada bayi. Fase taking hold terjadi pada hari ke-3 sampai ke-4 setelah persalinan.

3. Fase *Letting Go*

Pada fase ini ibu mengemban tanggung jawab pada bayi. Masa ini terjadi sesudah ibu pulang ke rumah.

2.1.4 Manifestasi Klinis Post Partum

Adapun tanda-tanda post partum yaitu (Suaib et al. 2022):

a. *Lightening* atau pengosongan

Penurunan secara bertahap, wanita akan merasa lebih lega dan lebih mudah bernapas. Tetapi akibat pergeseran ini terjadi peningkatan tekanan pada kandung kemih sehingga akan lebih sering berkemih.

b. Persalinan palsu

Selama 4 sampai 8 minggu akhir masa kehamilan Rahim menjalani kontraksi tak teratur dan sporadic. Pada bulan terakhir kehamilan, kadang-kadang setiap 10-20 menit dengan intensitas lebih besar. Mengeluh merasa nyeri yang menetap pada punggung bagian bawah dan tekanan pada sakroiliaka.

c. Pembukaan serviks

Servik sering dirasakan melunak akibat peningkatan kandungan air dan lisis kolagen. Pembukaan secara serentak, atau penipisan sementara serviks itu melebar ke dalam segmen bawah uterus. Lender vagina yang keluar semakin banyak akibat besarnya kongesti selaput lender vagina. Lender serviks berwarna

kecoklatan atau bercak darah (*bloody show*) keluar. Serviks menjadi lunak (matang), sebagian menipis dan berdilatasi ketuban pecah dengan spontan.

2.1.5 Klasifikasi Post Partum

Beberapa tahapan pada masa post partum Martalia (2017) adalah sebagai berikut:

a. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu yang melahirkan tanpa komplikasi dalam waktu ena jam pertama setela kala IV dianjurkan untul mobilisasi dini atau segera. Ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan(40 hari).

b. Puerperium intermedial

Merupakan masa pemulihan yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari, dimana organ- organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan saat sebelum hamil.

c. Remotte puerperineum

Merupakan waktu yang diperbolehkan ibu dapat pulih kembali terutama saat hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Pada tahap ini rentang waktu yang dialami setiap ibu akan berbeda tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil ataupun persalinan.

2.1.6 Komplikasi Post Partum

a. Pendarahan

Perdarahan adalah penyebab kematian terbanyak pada wanita selama periode post partum. Perdarahan post partum adalah : kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran kriteria perdarahan didasarkan pada satu atau lebih tanda-tanda sebagai berikut(Pratiwi and Fitri 2023):

1. Kehilangan darah lebih dai 500 cc
2. Sistolik atau diastolik tekanan darah menurun sekitar 30 mmHg
3. Hb turun sampai 3 gram % .

Perdarahan post partum dapat diklasifikasi menurut kapan terjadinya perdarahan dini terjadi 24 jam setelah melahirkan. Perdarahan lanjut lebih dari 24 jam setelah melahirkan, syok hemoragik dapat berkembang cepat dan menadi kasus lainnya, tiga penyebab utama perdarahan antara lain :

1. Atonia uteri : pada atonia uteri uterus tidak mengadakan kontraksi dengan baik dan ini merupakan sebaap utama dari perdarahan post partum. Uterus yang sangat teregang (hidramnion, kehamilan ganda, dengan kehamilan dengan janin besar), partus lama dan pemberian narkosis merupakan predisposisi untuk terjadinya atonia uteri.

2. laserasi jalan lahir : perlukan serviks, vagina dan perineum dapat menimbulkan perdarahan yang banyak bila tidak direparasi dengan segera.
3. Retensio plasenta, hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.retensio plasenta adalah : tertahannya atau belum lahirnya plasenta atau 30 menit setelah bayi lahir.
4. Lain-lain
 - a) Sisa plasenta atau selaput janin yang menghalangi kontraksi uterus sehingga masih ada pembuluh darah yang tetap terbuka.
 - b) Ruptur uteri, robeknya otot uterus yang utuh atau bekas jaringan parut pada uterus setelah jalan lahir hidup.
- b. Infeksi puerperalis

Didefinisikan sebagai; inveksi saluran reproduksi selama masa post partum. Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum. Penyebab klasik adalah : streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya.
- c. Endometritis

Adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis.

d. Mastitis

Yaitu infeksi pada payudara. Bakteri masuk melalui fisura atau pecahnya puting susu akibat kesalahan tehnik menyusui, diawali dengan pembengkakan, mastitis umumnya diawali pada bulan pertamapost partum.

e. Infeksi saluran kemih

Insiden mencapai 2-4 % wanita post partum, pembedahan meningkatkan resiko infeksi saluran kemih. Organisme terbanyak adalah *Entamoba coli* dan bakterigram negatif lainnya

f. Tromboplebitis dan thrombosis

Semasa hamil dan masa awal post partum, faktor koagulasi dan meningkatnya status vena menyebabkan relaksasi sistem vaskuler, akibatnya terjadi tromboplebitis (pembentukan trombus di pembuluh darah dihasilkan dari dinding pembuluh darah) dan trombosis (pembentukan trombus) tromboplebitis superfisial terjadi 1 kasus dari 500 – 750 kelahiran pada 3 hari pertama post partum.

g. Emboli

Yaitu : partikel berbahaya karena masuk ke pembuluh darah kecil menyebabkan kematian terbanyak di Amerika

h. Post partum depresi

Kasus ini kejadiannya berangsur-angsur, berkembang lambat sampai beberapa minggu, terjadi pada tahun pertama. Ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsesi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya. Wanita juga mengeluh bingung, nyeri kepala, gangguan makan, dysmenor, kesulitan menyusui, tidak tertarik pada sex, kehilangan semangat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Post Partum

Menurut (Endarwati et al. 2024)

- a. Hemoglobin
- b. Hematokrit
- c. Golongan Darah
- d. Leukosit

2.1.8 Penatalaksanaan Post Partum

Penatalaksanaan yang diperlukan untuk klien dengan post partum adalah sebagai berikut (Syukur and Purwanti 2020):

- a. Memperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi.
- b. Mendorong penggunaan metode-metode yang tepat dalam memberikan makanan pada bayi dan mempromosikan perkembangan hubungan baik antara ibu dan anak.

c. Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri si Ibu dan memungkinkannya mengisi peran barunya sebagai seorang Ibu, baik dengan orang, keluarga baru, maupun budaya tertentu.

2.2 Konsep Dasar Sectio Caesarea

2.2.1 Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea (SC) berasal dari kata “caedere” yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetric istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang tujuannya untuk melahirkan bayi dengan membuka dinding perut ibu (Anggorowati, & Sudiharjani, 2017). *Sectio caesarea* merupakan proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui penyayatan pada dinding abdomen dan uterus. SC dilakukan sebagai pilihan jika tidak memungkinkan melakukan persalinan normal (Hartanti 2024). SC dilakukan karena beberapa faktor tertentu diantaranya yaitu faktor bayi, faktor ibu, riwayat persalinan. sebagai proses pembedahan *sectio caesarea* juga mempunyai indikasi antara lain adalah disproporsi panggul (CPD), disfungsi uterus, distosia, janin besar, gawat janin, pre eklamsia, eklamsia, hipertensi riwayat pernah *sectio caesarea* sebelumnya (Hijratun, 2019). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa SC merupakan jalan alternative untuk ibu melahirkan dengan menyayat atau insisi dinding abdomen dan uterus dengan sebab beberapa faktor seperti faktor non medis dan faktor medis.

2.2.2 Etiologi

Menurut (Ilmiah and Khasanah 2014) etiologi *Sectio caesarea* sebagai berikut:

- a. Panggul sempit dan dystocia mekanis: Disporposi fetopelik panggul sempit, ukuran bayi terlalu besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan partus lama.
- b. Pembedahan sebelumnya pada uterus; sectio caesarea, histerektomi, miomektomi ekstensi dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan sectio caesarea.
- c. Perdarahan disebabkan oleh plasenta previa dan abruption plasenta
- d. Toximea gravidarum meliputi preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nefritis kronis.
- e. Indikasi fetal antar lain gawat janin, catat, infusensi plasenta, prolapses, finiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post matern caesarea dan infeksi virus harpes pada traktus genetalis.

2.2.3 Patofisiologi

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, rupture uteri

mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, hipertensi dalam kehamilan, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan SC. Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri.

Untuk pengaruh terhadap pernafasan yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup, anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus.

Setelah persalinan SC, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan SC yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu lebih memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, yang membuat ibu tidak bisa melakukan Activity Daily Leaving secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan Personal Hygiene seperti mandi (Atoy et al, 2019).

2.2.4 Tanda dan Gejala Sectio Caesarea

Tanda dan gejala yang muncul sehingga memungkinkan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah (Sulistyawati and Mansur 2019):

- a. Fetal distress
- b. His lemah / melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- d. Bayi besar (BBL > 4,2 kg)
- e. Plasenta previa
- f. Kelainan letak
- g. Disproporsi cervico-pelvik (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- h. Rupture uteri mengancam
- i. Hydrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Partus dengan komplikasi
- l. Panggul sempit
- m. Problema plasenta

2.2.5 Komplikasi sectio caesarea

Menurut komplikasi yang mungkin terjadi setelah dilakukan operasi *sectio caesarea* (Sulistyawati and Mansur 2019):

- a. Infeksi puerperal

Infeksi puerperal merupakan infeksi bakteri yang menginfeksi bagian reproduksi setelah post partum, keguguran,

atau post SC, biasanya ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh yang bersifat berat seperti peritonitis, sepsis.

b. Pendarahan

Pendarahan sering terjadi karena proses pembedahan mengakibatkan cabang-cabang arteri terbuka atau karena atonia uteri.

c. Luka pada kandung kemih, embolisme paru-paru

d. Kurang kuatnya dinding uterus, sehingga pada kehamilan selanjutnya biasanya terjadi rupture uteri.

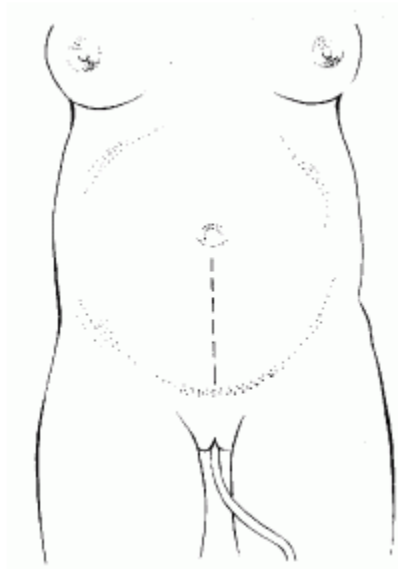
e. Komplikasi lainnya biasanya terjadi pada bayi yaitu risiko terjadinya depresi pernafasan disebabkan obat bius yang mengandung narkose.

2.2.6 Klasifikasi/Jenis Sectio caesarea

a. *Sectio Caesarea* Klasik (Korporal)

Sectio Caesarea klasik ini dengan cara membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. SC tipe ini membuat pengeluaran janin lebih cepat, tidak mengakibatkan komplikasi pada kandung kemih, sayatan dapat diperpanjang ke proximal atau distal.

Namun SC tipe ini menyebabkan infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik dan pada persalinan berikutnya akan mudah mengalami rupture uteri spontan.



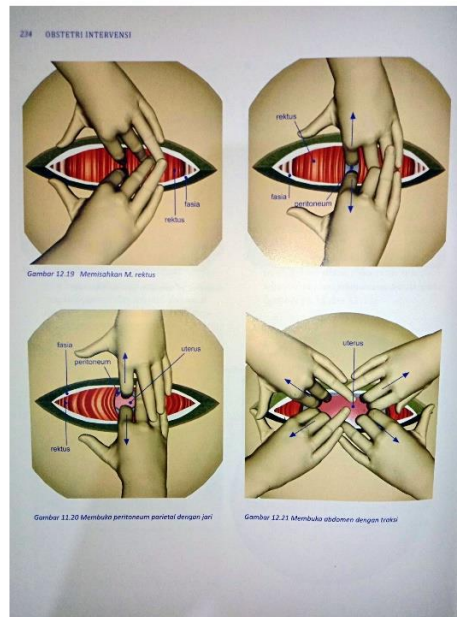
2.1 Gambar Teknik Sectio Caesarea klasik

sumber : (Saifudin,2019)

b. *Sectio caesarea* Ismika (Profunda)

Sectio caesarea ini dilakukan dengan cara membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low cervical transversal) kira-kira sepanjang 10 cm. SC tipe ini ada beberapa kelebihan yaitu penjahitan luka lebih mudah, penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik, tumpeng tindih peritoneal flap baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum, mengurangi pendarahan, dan kemungkinan terjadi ruptur uteri spontan kecil. Namun kekurangan dari tipe ini adalah luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus sehingga mengalami

pendarahan dalam jumlah banyak dan keluhan pada kandung kemih setelah pembedahan meningkat.



2.2 Gambar Teknik Sectio Caesarea Ismika (profunda)

Sumber : (Ipja 2022)

c. *Sectio caesarea* histerektomi

Sectio caesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

d. *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Sectio caesarea ekstraperitoneal yaitu *sectio caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang

lama. Tindakan ini dilakukan dengan 11 insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

2.2.7 Indikasi Sectio Caesarea

Menurut (Solehati,2017) operasi *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut:

a. Indikasi disebabkan oleh ibu

Primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak, disproporsi Sefalopelvik (disproporsi janin/panggul), pengalaman kehamilan dan persalinan yang buruk, terjadi penyempitan panggul, plasenta previa terutama pada previa gravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi persalinan seperti preeklamsi dan eklamsi serta kehamilan yang disertai dengan penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus), gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri).

b. Indikasi disebabkan oleh bayi

Indikasi yang berasal dari bayi yaitu kegagalan vakum atau forceps, distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, polapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang sectio caesarea

Menurut (Indriyani,2018) pemantau janin terhadap kesehatan janin:

a. Pemantauan EKG

- b. Jumlah Darah Lengkap dengan diferensial
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/hematokrit
- e. Golongan dan pencocokan silang darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai kebutuhan

2.2.9 Penatalaksanaan Sectio Caesarea

- a. Perawatan Pre Operasi *sectio caesarea*

Pre operatif adalah istilah yang menggambarkan keragaman fungsi yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan klien. Kata operatif merupakan penggabungan dari tiga fase pembedahan yaitu: preoperatif, intra operatif dan pos operatif (Christiana and Sulistyaningsih 2023). Fase operasi adalah waktu tunggu sebelum operasi dilaksanakan hingga pasien dipindahkan ke kamar operasi. Aktivitas keperawatan yang dilakukan ialah pengkajian dasar pasien, mempersiapkan untuk anestesi, dan operasi (Maryanani, 2015).

Gambaran Klien Pre Operasi

Tindakan pembedahan adalah ancaman potensial ataupun aktual pada keadaan seseorang yang dapat menimbulkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis. Klien yang akan dilakukan

operasi biasanya akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Adapun beberapa alasan yang menyebabkan ketakutan/kecemasan pada klien yang akan dilakukan pembedahan anatar lain:

1. Ketakutan akan terjadi nyeri setelah operasi
2. Takut terjadi perubahan fisik,menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image)
3. Takut /mengalami kecemasan terhadap kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama
4. Takut menghadapi ruang operasi,peralatan pembedahan dan petugas
5. Takut operasi gagal

b. Perawatan Post Operasi sectio caesarea

- 1) Awasi tanda-tanda vital sampai pasien sadar
- 2) Mobilisasi secara dini dan bertahap
- 3) Atasi nyeri yang ada
- 4) Pemberian cairan dan diit
- 5) Jaga kebersihan luka operasi
- 6) Berikan obat antibiotic dan analgetik (Mochtar,2022)

2.3 Konsep Dasar Hipertensi Dalam Kehamilan

2.3.2 Pengertian

Hipertensi dalam kehamilan adalah hipertensi yang terjadi pada saat kehamilan dan mempengaruhi kehamilan itu sendiri terjadi pada usia kehamilan mulai memasuki 20 minggu. (Yesi ,2018)

Hipertensi dalam kehamilan adalah suatu kondisi kehamilan dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan diastolic diatas 90 mmHg atau adanya peningkatan tekanan sistolik sebesar 30 mmHg atau lebih dan peningkatan diastolik sebesar 15 mmHg atau lebih diatas nilai dasar yang dimana saat diukur dalam dua pemeriksaan,dilakukan minimal dalam jangka waktu 6 jam. (Maria Goreti usboko,2018).

Hipertensi gestasional merupakan hipertensi yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg atau setelah usia kehamilan 20 minggu. karena itu perlu nya saat melakukan pemeriksaan segala hasil pemeriksaan dibuat dokumentasi oleh petugas kesehatan baik sebelum hamil atau setelah hamil.(Sari 2016)

2.3.2 Etiologi

Etiologi hipertensi dalam kehamilan belum diketahui secara jelas.Namun ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi dalam kehamilan dan di kelompokkan dalam faktor risiko sebagai berikut :

a. Usia

20-30 tahun merupakan usia yang aman untuk memiliki kehamilan dan persalinan. Komplikasi maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 - 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 - 29 tahun. Dampak dari usia yang kurang, dapat menimbulkan komplikasi selama kehamilan. Setiap remaja primigravida berrisiko yang lebih besar mengalami hipertensi dalam kehamilan dan meningkat lagi saat usia diatas 35 tahun (Yesi 2018).

b. Gen

Wanita hamil yang memiliki keluarga dengan hipertensi lebih beresiko untuk terkena hipertensi selama kehamilan.

c. Riwayat Penyakit Ginjal

Penyakit ginjal seperti gagal ginjal akut yang diderita pada ibu hamil dapat menyebabkan hipertensi dalam kehamilan. Hal tersebut berhubungan dengan kerusakan glomerulus yang menimbulkan gangguan filtrasi dan vasokonstriksi pembuluh darah

d. Graviditas

Merupakan jumlah dari kehamilan terlepas dari usia kehamilan. Catatan statistik menunjukkan dari seluruh insiden dunia, dalam 5%-8% hipertensi dalam kehamilan dari semua kehamilan, terdapat 12% lebih dikarenakan oleh primigravida (kehamilan

pertama). Faktor yang mempengaruhi hipertensi dalam kehamilan frekuensi primigravida lebih tinggi bila dibandingkan dengan multigravida, terutama primigravida muda. Persalinan yang berulang-ulang akan mempunyai banyak risiko terhadap kehamilan, telah terbukti bahwa persalinan kedua dan ketiga adalah persalinan yang paling aman. Pada *The New England Journal of Medicine* tercatat bahwa pada kehamilan pertama risiko terjadi preeklampsia 3,9%, kehamilan kedua 1,7% , dan kehamilan ketiga 1,8%.

e. Indeks Massa Tubuh

Salah satu pengukuran antropometri dengan rasio berat badan dan tinggi badan untuk penilaian status gizi. Peningkatan IMT sangat erat kaitannya dengan terjadinya hipertensi ringan dan atau preeklampsia. Dari hasil penelitian terdahulu pada tahun 2020 terhadap primigravida, didapatkan hasil yang signifikan antara obesitas dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan. Hubungan antara berat badan ibu hamil dan risiko terjadinya preeklampsia bersifat progresif (Ibrahim M, 2020).

f. Stress atau kecemasan

Hal ini terjadi karena kondisi stres meningkatkan saraf simpatis yang kemudian meningkatkan tekanan darah secara bertahap, artinya semakin berat kondisi stres semakin tinggi pula tekanan

darahnya. Stres merupakan rasa takut dan cemas dari perasaan dan tubuh seseorang terhadap adanya perubahan dari lingkungan. Apabila ada sesuatu hal yang mengancam secara fisiologis kelenjar pituitary otak akan mengirimkan hormon kelenjar endokrin kedalam darah, hormon ini berfungsi untuk mengaktifkan hormon adrenalin dan hidrokortison, sehingga membuat tubuh dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi (Hasan Basri, 2018).

g. **Obesitas**

Secara teori obesitas merupakan salah satu penyebab hipertensi. Walaupun belum diketahui secara pasti hubungan antara hipertensi dan obesitas, namun terbukti bahwa daya pompa jantung dan sirkulasi volume darah penderita obesitas dengan hipertensi lebih tinggi dari pada penderita hipertensi dengan berat badan normal. Pada orang yang terlalugemuk, tekanan darah cenderung tinggi karena seluruh organ tubuh dipacu bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan energi yang lebih besar. Jantung pun bekerja ekstra karena banyaknya timbunan lemak yang menyebabkan kadar lemak darah tinggi, sehingga tekanan darah tinggi (Astriana, Susilawati 2016)

2.3.3 Klasifikasi Hipertensi

Menurut (Leslie and Collis 2016) hipertensi dalam kehamilan dapat digolongkan menjadi :

- a. Hipertensi kronik merupakan hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi setelah umur kehamilan 20 minggu dan hipertensi menetap sampai 12 minggu pascapersalinan
- b. Preeklampsia merupakan hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan adanya proteinuria.
- c. Eklampsia merupakan yang disertai adanya kejang atau koma.
- d. Hipertensi kronik dengan superimposed preeklamsia merupakan hipertensi kronik yang disertai dengan tanda-tanda preeklamsia atau hipertensi kronik disertai dengan adanya proteinuria.
- e. Hipertensi gestasional (transiet hypertension) merupakan hipertensi yang timbul pada kehamilan tanpa disertai dengan tidak adanya proteinuria dan hipertensi menghilang setelah 3 bulan pascapersalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklamsia tetapi tanpa disertai dengan adanya proteinuria.

2.3.4 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi dalam kehamilan masih belum diketahui sepenuhnya. Namun, diduga terkait dengan mekanisme penurunan perfusi plasenta yang menginduksi disfungsi endotel vascular sistemik (Leslie and Collis 2016)

Pada kehamilan normal, diameter arteri spiralis meningkat secara drastis sebagai hasil dari remodeling endothelium dan otot

polos vaskular. Hal ini distimulasi oleh pengeluaran protease dari trofoblas endovaskular dan sel natural killer uterus. Kegagalan remodeling arteri spiralis diduga adalah penyebab peningkatan tekanan darah pada hipertensi dalam kehamilan. Sehingga menyebabkan berkurangnya perfusi uteroplasenta. (Solikhati, Khasanah, and Susanto 2023)

Hipoksia plasenta menginduksi kaskade inflamasi, mengganggu keseimbangan faktor angiogenik, dan menginduksi agregasi platelet. Sehingga selanjutnya terjadi disfungsi endotel yang secara klinis tampak sebagai peningkatan tekanan darah. Penyulit kehamilan seperti kehamilan multiple juga dapat berpengaruh pada pathogenesis hipertensi kehamilan.

2.3.5 Tanda & Gejala /Manifestasi Klinis

Deteksi dini tentang Hipertensi pada kehamilan merupakan deteksi awal hipertensi yang terjadi saat kehamilan berlangsung dan biasanya terjadi pada bulan terakhir kehamilan atau lebih setelah 20 minggu usia. Gejala yang muncul pada ibu hamil yang hipertensi biasanya mengalami nyeri kepala, oedema, dan penglihatan kabur. Gejala-gejala yang mudah untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu Pusing atau cemas, Sulit tidur, Sesak napas, Mudah lelah, Mimisan (keluar darah di hidung). (Yanti 2023)

Gejala hipertensi gestasional:

- a. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya pada masa kehamilan
- b. Tidak ditemukan proteinuria
- c. Hipertensi gestasional disebut hipertensi transient bila tidak berkembang menjadi preeklampsia
- d. Tekanan darah kembali normal setelah 12 minggu post-partum

2.3.6 Komplikasi

Menurut penelitian (Simamora 2023) komplikasi yang ditemukan disebabkan oleh hipertensi pada kehamilan yaitu :

- a. Trombositopenia
- b. Penurunan fungsi ginjal
- c. Sindrom HELLP
- d. Edema pulmonari
- e. Solusio plasenta
- f. Gagal ginjal akut
- g. Eklampsia
- h. Sindrom dstres pernafasan
- i. Komplikasi jangka Panjang

Sedangkan komplikasi pada janin meliputi:

- j. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)
- k. Bayi mati di dalam kandungan (stillbirth)
- l. Ibu dan bayi kehilangan nyawa

2.3.7 Pemeriksaan penunjang

(Yesi 2018) menyebutkan pemeriksaan Penunjang yang dilakukan pada ibu hamil dengan hipertensi diantaranya:

- a. Uji urin kemungkinan menunjukkan proteinuria atau tanpa proteinuria
- b. Pengumpulan urin selama 24 jam untuk pembersihan kreatinin dan protein
- c. Fungsi hati: meningkatnya enzim hati (meningkatnya alamine aminotransferase atau meningkatnya aspartate)
- d. Fungsi ginjal : profil kimia akan menunjukkan kreatinin dan elektrolit abnormal, karena gangguan fungsi ginjal
- e. Tes non tekanan dengan profil biofisik
- f. USG seri dan tes tekanan kontraksi untuk menentukan status janin
- g. Evaluasi aliran doppler darah untuk menentukan status janin dan ibu.

2.3.8 Penatalaksanaan

Menurut (Yesi 2018) beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hipertensi dalam kehamilan diantaranya:

- a. Hipertensi ringan

Kondisi ini dapat diatasi dengan berobat jalan. Pasien diberi nasehat untuk menurunkan gejala klinis dengan tirah baring 2x2

jam/hari dengan posisi miring. Untuk mengurangi darah ke vena kava inferior, terjadi peningkatan darah vena untuk meningkatkan peredaran darah menuju jantung dan plasenta sehingga menurunkan iskemia plasenta, menurunkan tekanan darah, meningkatkan aliran darah menuju ginjal dan meningkatkan produksi urin. Pasien juga dianjurkan segera berobat jika terdapat gejala kaki bertambah berat (edema), kepala pusing, gerakan janin terasa berkurang dan mata makin kabur.

b. Hipertensi Berat

Dalam keadaan darurat, segera pergi ke rumah sakit, berbaring miring, isolasi dan istirahat. Pemberian obat pencegah kejang (obat antiepilepsi) jenis, obat antihipertensi, diuretik jenis, pemberian glukosa tetes 5%, dan pemberian antasida jenis.

c. Hipertensi kronis

Pengobatan hipertensi kronis dilakukan di rumah sakit dan meliputi pemeriksaan menyeluruh, pemeriksaan klinis lengkap, serta kultur dan pemeriksaan paru dan kardiovaskular (rontgen dada, EKG, fungsi paru).

Penatalaksanaan terhadap hipertensi dalam kehamilan tersebut juga dijelaskan oleh Prawirohardjo (2013), beberapa penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan diantaranya :

- a. Anjurkan melakukan latihan isotonik dengan cukup istirahat dan tirah baring
- b. Hindari kafein, rokok, dan alkohol
- c. Ini tentang diet makan makanan yang sehat dan seimbang, yang berarti makan cukup protein, rendah karbohidrat, cukup garam, dan makanan yang sedikit lemak.
- d. Merekomendasikan agar ibu melakukan pemeriksaan secara rutin, minimal 4 kali selama kehamilan. Namun bagi ibu hamil dengan tekanan darah tinggi, disarankan untuk lebih sering melakukan tes kehamilan, terutama pada trimester kedua, yakni pada bulan terakhir kehamilan.
- e. Lakukan pengawasan terhadap kehidupan dan pertumbuhan janin dengan USG
- f. Pembatasan Aktivitas fisik
- g. Penggunaan obat antihipertensi selama kehamilan tidak diperlukan karena obat antihipertensi yang umum digunakan mengurangi aliran darah ke plasenta dan dapat membahayakan janin. Namun, pada kasus hipertensi berat, obat-obat diberikan sebagai tindakan sementara. Terapi antihipertensi dengan obat-obatan ditujukan untuk menurunkan tekanan darah tepi, mengurangi beban pada ventrikel kiri, meningkatkan aliran

darah ke rahim dan sistem ginjal, serta mengurangi risiko kerusakan serebrovaskular.

- h. Menurut Sukmariah (2019) pendekatan non-farmakologi yang dapat digunakan untuk mencegah hipertensi pada kehamilan yaitu dengan mencukupi kebutuhan vitamin E, kalsium serta menghindari pemicu radikal bebas. Adapun sumber vitamin E diantaranya yaitu: alpukat, kuning telur, asparagus, ubi jalar, berbagai jenis kacang-kacangan, pisang, strawberry dan buncis. Sumber kalsium diantaranya yaitu: keju, yoghurt, brokoli, bayam, kacang kedelai, dan kurma.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Sectio Caesarea

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses yang kontinu dilakukan setiap tahap proses keperawatan. Semua tahap proses keperawatan tergantung pada pengumpulan data (informasi) yang lengkap dan akurat (padila, 2015).

a. Identitas

Klien Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, Pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, agama, suku, alamat, nomer rekam medis (RM), tanggal masuk rumah sakit, (MRS), dan tanggal pengkajian, dan kaji identitas penanggung jawab atas pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post Sectio caesarea adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan luka di are abdomen (Mohamed & Saied, 2021).

c. Data riwayat

Kesehatan Melakukan pengkajian keluhan utama pada pasien, keluhan yang paling dirasakan pada pasien saat dilakukan pengkajian.

1. Riwayat kesehatan dahulu

- a. Kemungkinan ibu menderita penyakit hipertensi sebelum hamil
- b. Apakah mempunyai riwayat Sectio caesarea sebelumnya
- c. Ibu mungkin mempunyai/pernah menderita penyakit ginjal kronis

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, skala nyeri, obat yang diminum, dan cara penanggulangan.

3. Riwayat penyakit keluarga

Apakah Keluarga memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular. Penyakit keturunan diantaranya penyakit hipertensi, DM, atau kardiovaskuler lainnya.

4. Riwayat psikososial

Pengkajian factor emosional, perilaku dan social pada masa pasca[artum memungkinkan perawatan mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respons mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan serta perawatan post partum, factor-faktor yang memengaruhi pengebanan tanggung jawab menjadi orang tuabar. Perawat juga menjadi pengetahuan dan kemampuan ibu yang terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

d. Riwayat Obstetrik

1. Keadaan Haid

Kaji tentang menarche, sisklus haid pertama gari terakhir, jumlah dan warna darah keluar, encer, menggumpal, lamaya haid, nyeri atau tidak serta bau dan kaji keluhan keputihan.

2. Riwayat kehamilan,persalinan, dan nifas yang lalu

Meliputi kehamilan beberapa (pre-eklamsia biasanya terjadi pada *primigravida*), umur kehamilan, berapa kali melakukan ANC (*ante natal care*), selama kehamilan periksa dimana, perlu tinggi badan dan berat badan, pernah memiliki

riwayat kehamilan molahidatidosa, tanggal persalinan, jenis persalinan, berat badan bayi waktu lahir, masalah yang terjadi pada bayi sekarang, umur bayi dan jenis kelamin.

3. Riwayat Persalinan sekarang

Meliputi tempat melahirkan, jenis persalinan, ketuban pecah, komplikasi kala pertama, keadaan bayi, lahir tanggal dan jam, BB bayi, jenis kelamin bayi, nilai APGAR, masa gestasi. Pada kasus pre-eklamsia berat terdapat luaran maternal diantaranya kematian maternal, morbiditas maternal, sindrom HELLP, gagal ginjal akut, gangguan penglihatan, edema serebri, perdarahan serebral, edema paru, eklamsia, posttraumatic stress disorder (PTSD), systemic inflammatory response syndrome (SIRS), indikasi rawat ICU, perdarahan postpartum, sepsis, edema paru (Prawirohardjo, 2013).

4. Kontrasepsi yang pernah digunakan

IUD, Pil kontrasepsi, implant, kontrasepsi injeksi

5. Riwayat Sosial

Kehamilan (direncanakan atau tidak), perasaan tentang kehamilan, status perkawinan, berapa kali menikah.

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

Ibu yang menyusui mengkonsumsi tambah 500 kalori tiap hari, pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet seimbang untuk mendapat protein, mineral dan vitamin yang cukup, mengkonsumsi kapsul vitamin A 9.200.000, unit agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui asinya (Siti, dkk 2018).

2. Eliminasi

Tonus-tonus otot saluran cerna melemah akibatnya motilitas dan reabsorpsi makanan menjadi kurang baik dan akan menimbulkan obstipasi. Terjadi juga penurunan haluaran urine (oliguria).

3. Istirahat / Tidur

Klien biasanya mengalami gangguan dalam istirahat atau tidurnya disebabkan karena Nyeri pada area abdomen.

4. Kebutuhan Berpakaian

Klien dengan Post SC biasanya mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian

5. Kebutuhan Personal Hygiene

Kebutuhan diri merupakan pemeliharaan kesehatan untuk diri sendiri dan dilakukan dua kali sehari. Melakukan personal hygiene antara lain membersihkan alat kelamin

dengan air. Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang baru kemudian membersihkan anus, mengganti pembalut.

6. Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

7. Sosialisasi

Bagaimana klien mampu bersosialisasi dengan oranglain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.

8. Kebutuhan Spiritual

Tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atau terhambat karena keadaan yang sedang dialami, setelah klien melahirkan, maka klien akan memasuki masa nifas.

9. Kebutuhan Psikososial

Tanyakan apakah klien tetap menjalankan ajaran agamanya atau terhambat karena keadaan yang sedang dialami, setelah klien melahirkan, maka klien akan memasuki masa nifas.

10. Aktivitas

Klien dengan Post SC gerak atau aktivitasnya bisa terganggu karena kebiasaan sehari-hari tidak bisa dilakukan dengan baik akibat terjadi kelemahan, penambahan atau penurunan BB, pembengkakan kaki, jari, muka dan adanya hipereleksia klonus pada kaki.

11. Kebutuhan Belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

12. Pengkajian fisik

a) Keadaan umum

Klien dengan post Sectio caesarea biasanya cenderung lemah

b) Kesadaran

Klien dengan post sectio caesarea biasanya masih composmentis.

c) Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital klien pernafasan cepat, suhu meningkat, tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg dan denyut nadi dalam batas normal

f. Pemeriksaan head to toe

Pemeriksaan head to toe (Aspiani, 2017):

1. Kepala dan muka

Amati kesimetrisan muka, amati ada atau tidaknya hiperpigmentasi pada wajah ibu, amati warna dari keadaan rambut, kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada area muka.

2. Mata

Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva, sclera, pupil, reflek pupil terhadap cahaya miosis atau mengecil, adanya nyeri tekan intraokuler pada kedua bola mata.

3. Hidung

Adanya tidaknya septuminasi, polip dan bagaimana kebersihannya, adanya secret kaji adanya nyeri tekan atau tidak.

4. Telinga

Kesimetrisan, warna dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka kebersihan telinga amati ada tidaknya serumen dan otitis media.

5. Mulut, bibir, faring dan gigi

Mengenai bagaimana bentuk apakah simetris, kelembaban, kebersihan mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil dan kelainan berbicara, jumlah gigi lengkap atau tidak, kebersihan gigi, ada tidaknya peradangan gusi atau caries gigi dan penggunaan protesa (penggunaan gigi palsu atau tidak).

6. Leher

Dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan peningkatan vena jugularis, kuduk terasa berat

7. Payudara

a. Inspeksi

Bentuk antara payudara kanan dan kiri tidak sama, tidak ada lesi, terdapat hiperpigmentasi pada aerola, keadaan puting susu menonjol, kebersihan bersih, terdapat striae gravidarum.

b. Palpasi

Palpasi payudara secara sistematis sampai ketiak. Pada ibu menyusui payudara terasa padat. Pemeriksaan payudara pada hari kedua menunjukkan payudara bengkak dan keras atau tegang tidak ada pembengkakan,

terdapat kolostrum, terdapat laktasi. Produksi ASI sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan karena perasaan ibu dapat menghambat atau meningkatkan pengeluaran oksitosin bila ibu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai bentuk ketegangan emosional dapat menurunkan produksi ASI (Sulistyawati, 2019).

8. Paru-paru

Dapat terjadi edema pada paru-paru sehingga auskultasi terdengar ronchi basah. Tanda gejala sesak nafas rasa tidak nyaman di dada, takipnea, takikardi, batuk-batuk, sianosis, ronchi basah basal, gambaran edema paru pada foto toraks.

9. Abdomen

Perlu diperhatikan ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan bising usus, nyeri tekan dan bagaimana frekuensi berkemih. Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan:

a. Inspeksi

Periksa keadaan perut, perut apakah terlihat buncit ataupun besar tidak seperti saat hamil, lihat keadaan luka dengan cara lihat di bagian perban pada POD I dan POD II adakah rembesan darah di perban dan

lihat adakah pengeluaran darah di verban. Lihat di daerah abdomen adakah striae dan terdapat linea nigra.

b. Auskultasi

Bising usus normal 8-12x/menit

c. Palpasi

Palpasi uterus untuk mengetahui:

1. Fundus uteri (TFU). Tinggi fundus akan turun satu hingga dua cm setiap hari sampai hari kesembilan atau ke-10. Risiko terjadinya gangguan pada penurunan tinggi fundus uteri (TFU) atau involusio uteri yaitu dikarenakan adanya penurunan kadar progesteron dan estrogen.
2. Uterus awalnya berkontraksi dengan baik maka saat palpasi tidak akan nampak peningkatan aliran pengeluaran lochea.
3. Palpasi posisi uterus, pada saat melahirkan pemeriksaan ini posisi kaki litotomi meliputi posisi uterus, apakah di tengah, mengarah ke kiri atau mengarah ke kanan.
4. Perkusi Pada saat di perkusi dari bawah ke atas terdapat suara dullness kemudian timpani, biasanya pada ibu post partum kembung

5. Pemeriksaan diaktasis Ibu dalam posisi sedikit mengangkat kepala. Palpasi derajat peregangan otot abdomen dengan cara menempatkan dua jari (jari tengah dan jari telunjuk) di bawah pusat sampai simfisis pubis. Hasilnya normal bila celah tidak lebih lebar dari dua jari.
6. Pemeriksaan kantung kemih Lakukan palpasi di atas simfisis pubis, kandung kemih tidak teraba. Bila teraba, tanyakan apakah sakit atau ibu mempunyai dorongan untuk berkemih.

10. Ekstremitas Atas

Terdapat edema pada tangan serta jari-jari. Kaji refleks bisep dan trisep dan kekuatan otot.

11. Ekstremitas bawah

Terdapat edema pada kaki serta jari-jari dan terdapat tromboflebitis. Kaji refleks patella dengan kaki ibu menggantung bebas dari atas meja periksa. Kaji refleks achilles dan babinski. adanya klonus dipergelangan kaki dan kaji kekuatan otot.

g. Pemeriksaan diagnostik / laboratorium

1. Hitung sel darah lengkap (termasuk hitung trombosis)

2. Pemeriksaan pembekuan (termasuk waktu perdarahan, PT, PTT dan fibrinogen).
3. Enzim hati (laktat dehidrogenase/LDH), Aspartat amino transferase (AST) (SGOT), Alanin aminotransperase (ALT) (SGPT).
4. Kimia darah (BUN, kreatinin, glukosa, asam urat).
5. Hematokrit, haemoglobin dan trombosit dipantau secara ketat untuk menentukan perubahan yang mengidentifikasi perubahan status klien. karena ada kemungkinan hati terkena, kadar glukosa serum dipantau jika hasil tes fungsi hati menunjukkan adanya peningkatan enzim hati.
6. Proteinuria ditetapkan melalui pemeriksaan memakai kertas strip pada contoh urin yang diperoleh dengan cara pengambilan bersih (clean catch) atau dengan memakai kateter. Proteinuria biasanya merupakan tanda lanjut perjalanan hipertensi-eklamsi-preeklamsia biasanya di hipertensi gestasional tidak di dapati proteinuria..Hasil pemeriksaan protein adalah sebagai berikut:
 - a. + 1: 30 mg/dl (ekuivalen dengan 300 mg/L)
 - b. +2: 100 mg/dl
 - c. +3: 300 mg/dl

d. +4 lebih dari 1000 mg (1 gr)/dl

keluaran urin (urine output) dikaji untuk volume minimal 30 ml perjam atau 120 ml dalam 4 jam.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Popy Freytsia Ramadanty 2019 dan SDKI 2017) Masalah keperawatan yang muncul pada pasien sectio caesarea adalah ;

- a. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)
- c. Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)
- d. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)
- e. Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesarea (D.0111)
- f. Gangguan proses keluarga b.d krisis situasional (D.012)
- g. Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)
- h. Resiko infeksi b.d adanya luka insisi (D.0142)

2.4.3 Perencanaan

Intervensi merupakan tahap ketiga proses keperawatan yang meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien. Dan berdasarkan analisis

pengkajian agar masalah kesehatan serta keperawatan pasien dapat diatasi (Popy Freytsia Ramadanty 2019 dan SDKI 2017)

2.1 Tabel perencanaan keperawatan

(SDKI,SIKI,SLKI 2017)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut b.d agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil: - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab,mampu menggunakan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Mampu tidur atau istirahat dengan tepat	Observasi - Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas ,intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Teurapetik - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). - Fasilitasi istirahat dan tidur	Observasi - Untuk mengetahui lokasi ,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri - Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien/klien - Agar kita mengetahui tingkat nyeri yang sebenarnya - Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien Teurapetik - Untuk menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien

		d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi a. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat e. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik	b. Untuk memahami bagaimana istirahat tidur itu sngat penting untuk mengurangi nyeri di area luka c. Untuk memahami jenis dan sumber nyeri dalam memilih meredakan nyeri Edukasi a. Untuk membantu pasien mengatasi saat nyeri muncul. b. Untuk mengurangi rasa nyeri c. untuk mengajarkan klien Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri kolaborasi a. Untuk menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien. (Pemberian ketorolax)
Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien meningkat dalam aktifitas fisik dengan kriteria hasil: a. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas b. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah c. Vital sign dalam batas normal	Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi Teurapetik	Observasi a. Untuk mengetahui bahwa relaksasi dalam sangat penting untuk nyeri yang dialami. b. Untuk bisa mengetahui pentingnya obilisasi dini unyuk meyembuhan luka SC dan relaksasi napas dalam.

		a. Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu(mis:tongkat,kruk) b. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b. Anjurkan melakukan ambulasi dini c. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis:berjalan dari tempat tidur ke kursi roda,berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,berjalan sesuai toleransi). Kolaborasi a. Kolaborasikan dengan keluarga dalam membantu pasien dalam proses mobilisasi	c. Untuk bisa mengetahui selama melakukan mobilisasi Teurapetik a. untuk membantu dalam pergerakan mobilisasi dini b. Untuk membantu pasien daam meningkatkan pegerakan Edukasi a. Untuk memberikan pengetahuan betapa pentingnya mobilisasi dini b. Untuk bisa kembali melakukan bergerak seperti dahulu c. Untuk mampu dan memahami mobilisasi dini Kolaborasi a. Untuk bisa mengetahui dan membantu dalam prosesmobilisasi klien dalam pemulihan
Konstipasi b.d penurunan tonus otot (D.0049)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan kriteria hasil: a. Bebas dari kenyamanan konstipasi b. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi c. Fases lunak dan berbentuk	Observasi a. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar b. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal c. Monitor buang air besar (mis :warna,frekuensi,konsistensi,volume) d. Monitor tanda dan gejala diare,konstipasi,atau impaksi Teraupetik	Observasi a. Untuk melihat warna,frekuensi,konsisten si, dan volume dari buang air besar tersebut b. Untuk mengetahui tanda dan gejala dari konstipasi/impaksi Teraupetik

		a. Berikan air hangat setelah makan b. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien c. Sediakan makanan tinggi serat Edukasi a. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi b. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses. c. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik d. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas e. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal	a. Air hangat dapat membantu meredakan nyeri dan dapat meredakan konstipasi dan dapat membuat klien berkeringat b. Makanan yang tinggi serat dapat membantu klien dalam meredakan konstipasi Edukasi a. Agar klien dapat mengetahui jenis makanan yang dapat meningkatkan keteraturan peristaltic usus b. Asupan cairan yang cukup dapat membantu klien dalam mengatasi konstipasi Kolaborasi a. Pemberian supositoria anal dapat membantu melancarkan klien dalam mengeluarkan feses.
Defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan tentang Teknik menyusui (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu memahami Teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil: a. Pasien dan keluarga memahami Teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang dijelaskan secara benar b. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat c. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (teknik menyusui) Teraupetik a. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan b. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	Observasi a. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi b. Mengetahui tingkat pengetahuan dan menentukan intervensi selanjutnya Teraupetik a. Materi dan media Pendidikan untuk

		c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Kolaborasi - Kolaborasi dengan keluarga untuk Pendidikan kesehatan	memebantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan - Untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal - Untuk memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya hal yang belum di pahami Edukasi - Mengetahui pengetahuan mengenai teknik menyusui dan menentukan intervensi selanjutnya - Mencegah terjadinya komplikasi Kolaborasi - Dukungan dari orang terdekat dapat mempengaruhi kondisi psikologis pasien
Defisit pengetahuan b.d ketidaktahuan perawatan diri pasca operasi sectio caesarea (D.0111)	Setelah dilakukan tindkan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan kriteria hasil: - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan caesarea - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang	Observasi - Kaji kesiapam dan memotivasi klien untuk belajar - Identifikasi tanda gejala yang memerlukan perhatian dari pemberi layanan kesehatan berikan informasi yang berhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang normal berkenaan dengan kelahiran Caesar dan kebutuhan-kebutuhan berkenaan dengan periode pascapartum	Observasi - Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi - Mengetahui tingkat pengetahuan dan menentukan intervensi selanjutnya Teurapetik

	dijelaskan perawat / tim kesehatan lainnya.	Teraupetik - Diskusikan program latihan yang tepat,sesuai ketentuan - Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih Kolaborasi - Kolaborasikan dengan keluarga dalam menambah pengetahuan tentang perawatan diri	- Materi dan media Pendidikan untuk membantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan - Untuk membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal - untuk memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya hal yang belum di pahami Edukasi - Mengetahui pengetahuan mengenai perawatan diri dan menentukan intervensi selanjutnya - Mencegah terjadinya komplikasi Kolaborasi - Dukungan dari orang terdekat dapat mempengaruhi kondisi psikologis pasien
Gangguan proses keluarga b.d krisis situasional (D.012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan dapat mengungkapkan masalah atau kesulitan koping terhadap situasi dan dapat berinteraksi dengan bayi dengan kriteria hasil: - Menggendong bayi bila kondisi ibu dan neonatus memungkinkan - Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat	Observasi - Observasi dan catat interaksi keluarga bayi,perhatikan perilaku - Berikan kesempatan untuk ayah/pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi - Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan yang negative diri mereka dan bayi	Observasi - Untuk mengetahui keharmonisan di keluarga tersebut - Untuk mengetahui apakah dalam interaksi dengan keluarga lainnya lancar dan baik atau ada masalah dalam berinteraksi dengan keluarga lainnya.

	c. Aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dengan cepat	Teraupetik - Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir - Anjurkan dan bantu dalam menyusui Edukasi - Informasikan kemajuan pasien secara berkala - Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia Kolaborasi - Kolaborasi dengan keluarga untuk melakukan komunikasi yang baik antara keluarga	- Untuk memberikan kebebasan yang positif pada anak Teurapetik - Untuk memebrikan kebebasan positif interaksi dengan anak - Untuk membantu dalam proses menyusui Edukasi - Untuk mengetahui kemajuan dan menentukan intervensi selanjutnya Kolaborasi - Untuk mencegah agar faktir resiko tidak sampai terjadi baik pada klien maupun keluarga
Ansietas b.d krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan teknik mengontrol cemas - Vital sign dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurangnya kecemasan	Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stressor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Teurapetik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian	Observasi - Untuk dapat mengetahui perubahan pada tingkat ansietas dari pasien - Untuk dapat mebgetahui tanda-tanda vital pada pasien Teraupetik - Untuk dapat menumbuhkan kepercayaan pasien kepada perawat - untuk dapat mengetahui situasi yang menyebabkan ansietas

		e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan h. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis c. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi f. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan g. Latih Teknik relaksasi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas	c. untuk dapat mengetahui keluhan dari pasien d. untuk dapat memberikan kepercayaan kepada pasien e. untuk dapat mengetahui situasi apa saja yang menyebabkan atau pemicu ansietas Edukasi a. Untuk dapat memberitahukan kepada pasien mengenai diagnosis dan pengobatannya b. Agar perawat dapat mengetahui perasaan pasien c. Untuk dapat menghilangkan ketegangan dari pasien mengenai masalah yang sedang dihadapi Kolaborasi a. Untuk dapat meringankan gejala yang di derita pasien.
Resiko infeksi b.d adanya luka insisi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil: a. Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi b. Menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi c. Jumlah leukosit dalam batas normal	Observasi a. Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi b. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis: reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan/atau sakit parah dengan atau tanpa demam).	Observasi a. Untuk mengetahuia apakah pasien memiliki riwayat alergi b. Untuk mengetahui tanda dan gejala luka c. Untuk mengetahui jumlah warna dan bau pada lochea

	d. Menunjukkan perilaku hidup sehat	c. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan d. Monitor keadaan lokhea (warna, jumlah, dan bau) e. Kaji suhu, nadi, dan jumlah sel darah putih Teurapetik a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien b. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian antibiotik	Teraupetik a. Untuk menghindari infeksi nosocomial pada pasien dan perawat b. Untuk menghindari terjadinya infeksi yang tidak diinginkan Edukasi a. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi b. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai cara cuci tangan yang benar Kolaborasi a. Untuk menghindari terjadinya infeksi
--	--	--	---

2.4.4 Pelaksanaan

Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan, pengolahan dan tahap perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan rujukan (SIKI 2017)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Nurhaeni, 2018).

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Ratna 2023)

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait dengan, atau menyerupai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Serangkaian proses neurofisiologis yang kompleks terjadi dalam mekanisme nyeri, secara kolektif disebut sebagai nosisepsi, dengan empat komponen berbeda: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Haniyah, Triana, and Wijayanti 2023)

2.5.2 Etiologi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri menurut (Dianti 2017):

- a. Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat mempengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau petugas kesehatan.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam respons terhadap nyeri, akan tetapi beberapa kebudayaan mempengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan pada orang bahwa memperlihatkan tanda-tanda kesakitan berarti memperlihatkan kelemahan pribadinya, dalam hal seperti itu maka sifat tenang dan pengendalian diri merupakan sifat yang terpuji. Pada beberapa kebudayaan lain justru sebaliknya. Nyeri yang dikaitkan dengan hukuman sepanjang sejarah kehidupan, bagi klien yang secara sadar

atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan atau dosa-dosa yang sudah diperbuat.

d. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun

e. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respon berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman atau suatu tantangan.

f. Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri dan sebaliknya, nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri.

g. Mekanisme Koping

Gaya koping dapat mempengaruhi klien dalam mengatasi nyeri. Klien yang mempunyai fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri, klien tersebut juga melaporkan bahwa dirinya mengalami nyeri tidak terlalu berat.

h. Keletihan

Rasa kelelahan dapat menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan koping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

i. Pengalaman sebelumnya

Klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama dapat mengganggu mekanisme koping terhadap nyeri, akan tetapi pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa klien tersebut dengan mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang, apabila klien sejak lama mengalami serangakian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul

j. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri.

Klien yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapat dukungan, bantuan, atau perlindungan.

2.5.3 Tanda dan Gejala Nyeri

Tanda dan gejala nyeri ada bermacam-macam, perilaku yang tercemin dari pasien. Secara umum orang yang mengalami nyeri akan di dapatkan respon psikologis berupa (Solikhati 2023):

- a. Suara : menangis, merintih, menarik/menghembuskan nafas
- b. Ekspresi wajah : meringiu mulut
- c. Menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat/membuka mata atau mulut, menggigit bibir
- d. Pergerakan tubuh : kegelisahan, mondar-mandir, Gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang.
- e. Interaksi sosial : menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu

2.5.4 Patofisiologi Nyeri

Cara nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Namun, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan derajat nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh

system algesia tubuh dan transmisi system saraf serta interpretasi stimulus (Saputra L,2018).

a. Nosisepsi

System saraf perifer mengandung saraf sensorik primer yang berfungsi mendeteksi kerusakan jaringan dan membangkitkan beberapa sensasi, salah satunya adalah nyeri. Nyeri dihantarkan oleh reseptor yang disebut nosisseptor. Nosisseptor merupakan ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau hanya memiliki sedikit myelin. reseptor ini tersebar di kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. reseptor nyeri tersebut dapat di rangsang oleh stimulus mekanis, termal, listrik, atau kimiawi (misalnya histamine, bradykinin, dan prostaglandin).

b. Teori Gate Control (dikemukakan oleh Melzack dan Wall)

Berdasarkan teori gate control, fisiologi nyeri dapat dijelaskan sebagai berikut : Akar dorsal pada medulla spinalis terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terdapat substansia gelatinosa (substantia gelatinosa atau GS) yang berperan seperti layaknya pintu gerbang yang memungkinkan atau menghalangi masuknya impuls nyeri menuju otak. substansi

gelatinosa ini dilewati oleh saraf besar dan saraf kecil yang berperan dalam menghantarkan nyeri.

Pada mekanisme nyeri, rangsangan nyeri dihantarkan melalui serabut saraf kecil. Rangsangan pada serat kecil dapat menghambat substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

Rangsangan yang di hantarkan melalui saraf kecil dapat dihambat apabila terjadi rangsangan pada saraf besar. Rangsangan pada saraf besar akan mengakibatkan aktivitas substansi gelatinosa meningkat sehingga pintu mekanisme tertutup dan hantaran rangsangan pun terhambat. Rangsangan yang melalui saraf besar dapat langsung merambat ke korteks sereberi agar dapat diidentifikasi dengan cepat (Saputra L, 2018)

2.5.5 Klasifikasi nyeri

1. Jenis Nyeri

Menurut (Saputra L, 2018) berdasarkan jenisnya, nyeri dapat dibedakan menjadi :

a. Nyeri perifer

Nyeri perifer dapat dibedakan menjadi tiga jenis ,yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri superficial : rasa nyeri muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
2. Nyeri viseral : rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks.
3. Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak, dan thalamus.

c. Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis.

Selain jenis-jenis nyeri yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat juga beberapa jenis nyeri yang lain. Contohnya:

1. Nyeri somatik : nyeri yang berasal dari tendon, tulang, saraf dan pembuluh darah
2. Nyeri menjalar : nyeri yang terasa di bagian tubuh yang lain, umumnya disebabkan oleh kerusakan atau cedera organ visceral.

3. Nyeri neurologis : bentuk nyeri tajam yang disebabkan oleh spasme di sepanjang atau di beberapa jalur saraf.
4. Nyeri phantom : nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang hilang, misalnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah di amputasi.

2. Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri secara umum dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari enam bulan .penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui.nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan,berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan.sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori,antara lain nyeri terminal,sindrom nyeri kronis,dan nyeri psikosomatis.

2.5.6 Pengukuran Nyeri

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, antara lain dengan menggunakan skala nyeri menurut Hayward, skala nyeri menurut McGill (McGill scale), dan skala wajah atau Wong-Baker FACES Rating Scale (Saputran L, 2019)

a. Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut:

- a) 0 : tidak nyeri
- b) 1-3 : nyeri ringan
- c) 4-6 : nyeri sedang
- d) 7-9 : sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang bisa dilakukan
- e) 10 : sangat nyeri dan tidak bisa dikendalikan

b. Skala Nyeri Menurut McGill

Skala nyeri menurut McGill dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang

ia rasakan.skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut :

- a) 0 : tidak nyeri
- b) 1 : nyeri ringan
- c) 2 : nyeri sedang
- d) 3 : nyeri berat atau parah
- e) 4 : nyeri sangat berat
- f) 5 : nyeri hebat

c. Skala Wajah atau Wong -Baker FACES Rating Scale

Skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan nyerinya dengan skala angka,misalnya anak-anak dengan lansia. Skala wajah dapat digambarkan sebagi berikut :



2.4 Gambar Skala Wajah

(Saputra L,2019)

2.5.7 Penatalaksanaan Nyeri

a. Terapi Farmakologi

Obat analgetik untuk nyeri dikelompokkan menjadi tiga yaitu non-narkotik dan obat anti inflamasi non-steroid (NSAID), analgetik narkotik atau opioid dan obat tambahan atau ko analgetik (Meliala & Suryamiharja,2017). Obat NSAID umumnya digunakan untuk mengurangi nyeri ringan dan sedang,analgetik narkotik umumnya untuk nyeri sedang dan berat,contoh terapi farmakologi yaitu ibuprofen,aspirin,naproxen,nabumetone,asammefenamat.

(Potter & Perry,2006;Satmoko, 2015).

b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi atau disebut terapi komplementer telah terbukti dapat menurunkan nyeri. Ada dua jenis terapi komplementer yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yaitu : *Behavioral treatment* seperti latihan relaksasi,distraksi,hipnoterapi,latihan biofeedback dan terapi fisik seperti akupuntur, *Transcutaneous Electric Nerve Stimulation* (TENS) (Satmoko,2015).

Menurut Reeder (2017) ada beberapa macam metode penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis sebagai berikut :

a. Teknik pernafasan/relaksasi

- b. Distraksi
- c. Music
- d. Terapi air / hidroterapi
- e. Effleurage and counterpressure
- f. Akupresure dan akupuntur
- g. Aromaterapi
- h. Rangsangan panas atau dingin
- i. Hypnosis
- j. Sentuhan atau pijatan / massage

Salah satu dari penatalaksanaan nyeri non farmakologi yaitu *Foot massage*. *Foot massage* merupakan suatu praktik refleksologi yang digunakan sebagai terapi komplemen yang dapat meningkatkan sirkulasi darah, energi, dan memberikan sensasi rileks. Refleksologi bekerja dengan cara menstimulasi sistem saraf dan mempengaruhi interpretasi nyeri pada otak. Pemijatan pada daerah kaki dapat meringankan nyeri, merelaksasi tubuh, dan akan membantu meringankan stress dan meningkatkan mood yang kemudian akan membuat interpretasi nyeri menjadi lebih ringan. (Davis J, 2021).

1. Pengertian Foot Massage

Foot massage adalah bentuk massage pada kaki yang didasarkan pada premis bahwa ketidaknyamanan atau nyeri

diarea spesifik kaki atau tangan berhubungan dengan bagian tubuh atau gangguan (Hassani,2015). *Foot massage* juga bermanfaat untuk meredakan stress, menjadikan tubuh menjadi rileks, melancarkan sirkulasi darah dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. Efek massage secara mekanis memiliki kemampuan untuk melatih saraf dan otot tubuh yang mengarah ke otak sehingga dapat membuat tubuh lebih sehat dan bugar.

Terapi *foot massage* adalah kombinasi lima teknik pijat yaitu effleurage (mengusap), petrissage (memijit), friction 17 (menggosok), tapotement (menepuk) dan vibration (menggetarkan) yang menyebabkan stimulus ke otak lebih cepat daripada nyeri yang dirasakan. Terapi *foot massage* merupakan mekanisme pengatur rasa sakit yang dilepaskan untuk mengontrol nyeri, memblokir transmisi impuls nyeri, menghasilkan analgesia dan pereda nyeri. Inti *foot massage* terletak di jaringan meridian yang menghubungkan semua jaringan, organ dan sel tubuh (Prasetyo et al., 2020).

2. Patofisiologi foot massage

Pemberian sentuhan terapeutik dengan menggunakan tangan akan memberikan aliran energi yang menciptakan kenyamanan, nyeri berkurang, dan membantu tubuh untuk segar kembali. Apabila titik tekan dipijat atau disentuh dan diberi aliran energi maka sistem serebral akan menekan besarnya sinyal nyeri yang

masuk kedalam sistem saraf yaitu dengan mengaktifkan sistem nyeri yang disebut analgesia(Solehati et al. 2022). Tubuh akan mengeluarkan neurotransmitter yang terlibat dalam sistem analgesia endorfin yang berperan menghambat impuls nyeri dengan memblok transmisi impuls ini di dalam sistem serebral dan medulla spinalis (Guyton, 2017).

3. Tujuan Foot Massage

Adapun tujuan dari terapi *foot massage* (Fitrianti,2021) adalah :

- a. Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena dan peredaran getah bening
- b. Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran didalam sel-sel otot yang telah mengeras atau disebut mio-gelosis (asam laktat)
- c. Menyempurnakan pertukaran gas dan zat didalam jaringan atau memperbaiki proses metabolisme
- d. Menyempurnakan pembagian zat makanan ke seluruh tubuh
- e. Menyempurnakan proses pencernaan makanan
- f. Menyempurnakan proses pembuangan sisa pembakaran ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan
- g. Merangsang otot-otot yang di persiapkan untuk bekerja lebih berat,menambah tonus otot,efisiensi otot

(kemampuan guna otot) dan elastisitas otot (kekenyalan otot)

- h. Merangsang jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf otonom (saraf tak sadar)

4. Manfaat Foot Massage

Adapun manfaat terapi *foot massage* (Fitrianti, 2021) antara lain:

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

5. Indikasi Foot Massage

Adapun beberapa indikasi *foot massage* yaitu:

- a. Pasien penderita hipertensi untuk menurunkan tekanan darah
- b. Pasien stroke ringan
- c. Pasien dengan reumatik
- d. Ibu post natal untuk melancarkan ASI

6. Persiapan sebelum foot massage

Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melakukan *foot massage* adalah sebagai berikut:

a. Menyediakan tempat yang nyaman

Lingkungan tempat massage harus membuat suasana rileks dan nyaman. pemijat harus memperhatikan suhu ruangan yang tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin, penerangan yang cukup menambah suasana nyaman klien.

b. Menyeimbangkan diri

Ketenangan dan kenyamanan diri adalah hal yang penting jika ingin memberikan pijatan yang baik, kenakan pakaian yang tidak membatasi gerak saat memijat rileksasikan diri.

c. Effleurage

Effleurage adalah Gerakan mengusap yang ringan dan menenangkan saat memulai dan mengakhiri massage. Gerakan ini bertujuan untuk meratakan minyak untuk pijat dan menghangatkan otot agar lebih rileks.

d. Massage pada klien

Setelah persiapan diatas dilakukan maka klien telah siap untuk dilakukan massage. Massage ini dilakukan dengan posisi berbaring dan menutup tubuh klien dengan handuk kecuali pada kaki klien.

7. Teknik Terapi Foot Massage

Terapi *foot massage* dilakukan selama 20 menit masing-masing kaki 10 menit (Alfianty & Mardhiyah, 2017):

- a. Cuci tangan
- b. Memberikan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan
- c. Mengambil posisi menghadap kaki klien
- d. Tempatkan handuk dibawah paha dan tumit
- e. Melumuri kedua tangan dengan minyak zaitun atau minyak telon
- f. Letakkan tangan di atas tulang kering usap secara perlahan dengan tekanan ringan menggunakan ibu jari menuju ke atas dengan satu Gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik *effluarge*.



2.5 Gambar terapi *foot massage*

- g. Kedua yaitu memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluar kaki menggunakan teknik *petrissage*.



2.6 Gambar terapi *foot massage*

- h. Tengkupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, kemudian gosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki menggunakan teknik friction



2.7 Gambar terapi *foot massage*

- i. Pegang telapak kaki kemudian tepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik tapotement.



2.8 Gambar terapi *foot massage*

- j. Rileksasikan kaki dan jari kaki dengan Gerakan ke depan dan belakang dengan lembut menggunakan teknik vibration, teknik ini akan membuat kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.



2.9 Gambar terapi *foot massage*

Sumber : (Ainun, Kristina, and Leini 2021)

- k. Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk/tissue.

8. Kontraindikasi Foot Massage

Tekanan dan gesekan harus dihindari pada luka dan memar serta pada kondisi kulit seperti ruam, luka bakar, dan sengatan matahari. Gerakan menekan di sekitar keseleo pergelangan kaki dan cedera tulang lainnya harus di batasi. perawat sebaiknya memakai sarung tangan pelindung ketika melakukan *foot massage*. Tindakan *foot massage* digunakan untuk membantu menormalkan jaringan tubuh dan organ, oleh karena itu hal-hal

yang menjadi kontraindikasi harus dihindari sehingga tidak menyebabkan potensi bahaya ke daerah tubuh yang lain.

2.5.8 Edukasi Nyeri

a. Teknik pernafasan/relaksasi

Edukasi manajemen nyeri pasca SC dengan relaksasi dapat dilakukan dengan teknik nafas dalam dimulai dengan menghirup udara melewati hidung secara perlahan dan dalam hingga udara memenuhi area paru-paru, menganjurkan selama menghirup nafas melakukan hitungan secara perlahan. Berikutnya, menghembuskan udara melalui mulut secara perlahan disertai meraba tangan dan kaki, pernapasan ini dilakukan hingga 3 kali secara berirama. Langkah berikutnya ialah menghirup udara kembali melalui hidung dan menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut, sambil merasakan rileksasi di area tangan serta kaki. Menganjurkan memejamkan mata untuk meningkatkan konsentrasi dan focus pada area yang nyeri.(Novitasari 2023)

b. Distraksi

Penatalaksanaan nyeri biasanya berupa teknik distraksi (teknik distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernafasan, distraksi intelektual, guided imagery) dan digunakan secara farmakologi atau non farmakologi. Relaksasi (pernapasan dalam, meditasi, pijat, musik, aromaterapi) dan

stimulasi kulit dimaksudkan untuk mengajarkan pasien cara yang lebih baik untuk mengontrol nyeri. Menurut (Mirna 2023), distraksi, yang mengalihkan perhatian pasien ke sesuatu selain rasa sakit, adalah strategi yang sangat berhasil dan mungkin menjadi mekanisme penyebab dari teknik kognitif efektif lainnya. Kemanjuran distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan menghasilkan masukan sensorik selain rasa sakit. (Novitasari 2023)

c. Sentuhan atau pijatan/*massage*

Massage adalah suatu istilah yang digunakan untuk menunjukkan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh. Manipulasi tersebut sebagian besar efektif dibentuk dengan tangan diatur guna tujuan untuk mempengaruhi saraf, otot, sistem pernapasan, peredaran darah dan limphe yang bersifat setempat dan menyeluruh. (Suaib et al. 2022)

2.5.9 Review jurnal penatalaksanaan nonfarmakologi

a. Pijat Refleksi *Foot and Hand Massage* pada pasien post sectio caesarea (Anita, Agustanti, and Purwati 2022)

Penanganan non farmakologi nyeri post operasi abdomen, pijat refleksi merupakan salah satu pilihan, karena di daerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien telentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk

mengurangi rasa nyeri. Pelaksanaan pijat refleksi 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. Pijat refleksi menjadi salah satu tindakan massage yang dikembangkan dan diimplementasikan di rumah sakit dalam manajemen nyeri non farmakologi. Teknik pijat ini akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 2 kali.

Metode penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian quasi experimental.

b. *Foot Massage Reduce Post Operation Pain Sectio Caesarea at Post Partum* (Sari and Rumhaeni 2020)

Teknik non farmakologi pijatan (massage) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan pasien dengan post SC 3-4 jam biasanya mengalami nyeri, dengan menggunakan pengukuran skala nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri dilakukan tindakan non farmakologi yaitu foot massage. Teknik ini akan efektif bila dilakukan dengan durasi

waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali dalam sehari.

Jenis penelitian ini adalah quasi experimental dengan pendekatan pre test dan post test dalam pengukuran skala nyeri.

c. Pengaruh *Foot Hand Massage* Terhadap Nyeri Post SC Di RSUD Langsa (Henniwati, Dewita, and Idawati 2021)

Penelitian yang berkaitan dengan cara penurunan rasa nyeri pada post sectio yaitu hasil hasil menunjukan bahwa foot hand massage berpengaruh terhadap pengurangan rasa nyeri. rata-rata nyeri pada kelompok Foot Hand Massage adalah 2,50 dan kelompok kontrol nilai rata-rata nyeri yaitu 6,69. Foot hand massage diberikan 1 kali dalam sehari selama 3 hari dengan durasi 20 menit. Dari Penelitian ini menunjukkan ada pengaruh Foot Hand Massage dapat menurunkan rasa nyeri terhadap ibu post Sectio Caesarea karena fungsi dari teknik foot hand massage dapat mengurangi intensitas nyeri post Sectio Caesarea.

Metode peneltian ini bersifat quasi eksperiment dengan rancangan penelitian post test only control group design.