

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea didefinisikan sebagai prosedur medis untuk melahirkan bayi dari rahim dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim atau melalui operasi histerektomi. Menurut Ayuningtyas (2018), *Section caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Juliathi et al.,2021).

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding abdomen setelah usia kehamilan cukup bulan atau janin dapat hidup diluar kandungan. *Sectio caesarea* dilakukan jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko terhadap ibu dan janin (wiknjosastro, 2020).

2.1.2 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Wiknjosastro (2020), *Sectio caesarea* dapat di klasifikasikan menjadi 2 yaitu:

1. *Sectio Caesarea Elektif* (SC Elektif)

Sectio Caesarea yang direncanakan sebelumnya, biasanya dilakukan sebelum persalinan dimulai dengan indikasi tertentu yang sudah diketahui selama kehamilan.

2. *Sectio Caesarea Emergency* (SC Emergensi)

Sectio Caesarea yang dilakukan dalam kondisi kegawatdaruratan selama proses persalinan karena adanya komplikasi yang membahayakan ibu dan janin.

2.1.3. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Wiknjosastro (2020), *Sectio Caesarea* (SC) adalah tindakan pembedahan yang melibatkan insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Proses pembedahan ini menyebabkan kerusakan jaringan tubuh yang memicu respon inflamasi lokal dan sistemik. patofisiologi *Sectio Caesarea* meliputi dari trauma jaringan yaitu dari sayatan pada kulit, otot abdomen, peritoneum, dan uterus akan menyebabkan kerusakan jaringan yang memicu pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, dan sitokin (IL-1, IL-6, TNF- α). Respons Inflamasi Mediator inflamasi menyebabkan dilatasi pembuluh darah (vasodilatasi), peningkatan permeabilitas kapiler, dan migrasi leukosit ke area luka. Ini bertujuan untuk membersihkan debris seluler dan memulai proses penyembuhan. Respons Neuroendokrin (Stres Operasi) Trauma pembedahan akan merangsang sistem saraf simpatis sehingga terjadi peningkatan hormon stres seperti katekolamin (adrenalin dan noradrenalin) yang mempengaruhi tekanan darah, denyut jantung, serta metabolisme glukosa. Nyeri pasca operasi kerusakan jaringan dan pelepasan mediator kimia akan menstimulasi reseptor nyeri (nosiseptor), menyebabkan sensasi nyeri yang bersifat somatik maupun visceral. Risiko komplikasi proses pembedahan ini juga meningkatkan risiko perdarahan, infeksi luka operasi, gangguan penyembuhan luka, hingga adhesi intra-abdominal.

2.1.4 Etiologi *Sectio Caesarea*

Etiologi *Sectio Caesarea* adalah adanya kondisi-kondisi yang menyebabkan persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau resiko tinggi bagi keselamatan ibu dan janin.

Berikut beberapa etiologi dilakukannya *Sectio Caesarea* Menurut Wiknjosastro (2020):

1. Disproporsi Sefalopelvik (CPD)

Merupakan kondisi ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan rongga panggul ibu sehingga kepala janin tidak dapat melewati jalan lahir. Hal ini bisa disebabkan oleh ukuran janin besar (makrosomia) atau panggul ibu yang sempit, yang menyebabkan hambatan persalinan pervaginam.

2. Gawat Janin (Fetal Distress)

Kondisi janin yang mengalami gangguan, misalnya hipoksia (kekurangan oksigen), penurunan denyut jantung janin, atau asidosis janin. Tanda gawat janin biasanya terdeteksi melalui pemeriksaan detak jantung janin (DJJ) abnormal atau air ketuban bercampur mekonium tebal.

3. Presentasi Janin Abnormal

Keadaan dimana posisi janin di dalam rahim tidak sesuai dengan posisi normal (kepala di bawah). Contohnya presentasi bokong (sungsang), lintang (melintang), atau letak wajah. Posisi janin yang abnormal ini dapat menyebabkan persalinan normal menjadi berisiko tinggi.

4. Plasenta Previa

Suatu kondisi di mana plasenta menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir (ostium uteri internum). Hal ini menyebabkan risiko perdarahan yang berat selama proses persalinan, sehingga perlu dilakukan *Sectio Caesarea* untuk menghindari komplikasi serius.

5. Solusio Plasenta (Abruptio Placentae)

Terlepasnya sebagian atau seluruh plasenta dari tempat implantasinya sebelum bayi lahir. Kondisi ini menyebabkan perdarahan dan gangguan aliran oksigen ke janin, yang memerlukan tindakan segera dengan operasi SC.

6. Preeklamsia Berat atau Eklampsia

Preeklamsia adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan yang berat disertai proteinuria dan komplikasi organ lain. Jika berkembang menjadi eklampsia (kejang), kondisi ini mengancam jiwa ibu dan janin, sehingga membutuhkan persalinan segera melalui SC.

7. Partus Macet (Obstructed Labor)

Partus macet terjadi jika persalinan tidak mengalami kemajuan walaupun kontraksi rahim baik, biasanya disebabkan oleh CPD, malpresentasi, atau kelainan jalan lahir. Keadaan ini berisiko menyebabkan trauma jalan lahir dan hipoksia janin.

8. Infeksi Intrauterin (Korioamnionitis)

Merupakan infeksi pada selaput ketuban dan cairan amnion akibat mikroorganisme yang masuk ke rongga amnion. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi berat pada ibu dan janin sehingga perlu tindakan SC untuk mempercepat persalinan.

9. Ketuban Pecah Dini (KPD) dengan Kondisi Janin Terancam

Ketuban pecah sebelum waktunya (sebelum onset persalinan) dapat menyebabkan infeksi dan oligohidramnion. Jika janin menunjukkan tanda-tanda terancam (misalnya gawat janin), maka SC menjadi pilihan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

10. Riwayat Sectio Caesarea Sebelumnya (SC Berulang)

Ibu dengan riwayat SC sebelumnya memiliki risiko ruptur uteri jika mencoba persalinan pervaginam (VBAC). Jika terdapat indikasi medis lain atau kondisi yang tidak memungkinkan persalinan normal, maka SC berulang menjadi pilihan untuk mencegah komplikasi.

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik *Sectio Caesarea*

Menurut Wiknjosastro (2020), Pemeriksaan diagnostik dilakukan untuk memastikan indikasi tindakan Sectio Caesarea (SC), menilai kondisi ibu dan janin, serta menentukan kesiapan tindakan operasi. Pemeriksaan tersebut meliputi:

1. Anamnesis Lengkap

- Riwayat obstetri sebelumnya (misal riwayat SC sebelumnya, preeklamsia, perdarahan).
- Keluhan saat ini seperti nyeri abdomen, kontraksi, perdarahan pervaginam, atau ketuban pecah dini.

2. Pemeriksaan Fisik

- Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi).
- Palpasi Leopold untuk menentukan posisi, presentasi, dan penurunan janin.
- Pemeriksaan DJJ (Denyut Jantung Janin).

3. Pemeriksaan Laboratorium

- Darah lengkap (Hb, Ht, leukosit).
- Golongan darah dan crossmatch.
- Pemeriksaan fungsi ginjal (ureum, kreatinin) dan fungsi hati (SGOT, SGPT) bila diperlukan.

- Urinalisis untuk mendeteksi proteinuria (pada kasus preeklamsia).

4. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

- Menilai letak janin, presentasi, jumlah cairan amnion.
- Deteksi plasenta previa, solusio plasenta, atau kelainan kongenital janin.
- Memastikan denyut jantung janin (DJJ) dan biofisik janin.

5. Pemeriksaan Kardiotokografi (CTG)

- Digunakan untuk memantau pola denyut jantung janin dan kontraksi uterus, untuk mendeteksi adanya gawat janin (fetal distress).

6. Pemeriksaan Penunjang Lain (bila diperlukan)

- MRI panggul pada kasus disproporsi sefalopelvik atau kelainan panggul.
- Pemeriksaan infeksi (swab vagina, kultur darah) jika dicurigai infeksi intrauterin.

2.1.6 Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Penatalaksanaan *Sectio Caesarea* mencakup upaya yang dilakukan sebelum, selama, dan setelah operasi untuk memastikan keselamatan ibu dan janin serta mencegah komplikasi. Menurut Wiknjosastro (2020), penatalaksanaan SC meliputi:

1. Pemberian Cairan

- Pasca operasi, pasien diberikan cairan infus (biasanya RL atau NaCl 0,9%) untuk mempertahankan volume sirkulasi dan keseimbangan elektrolit.
- Cairan diberikan sampai pasien mampu minum per oral (biasanya 6-8 jam post operasi).

- Jika ada perdarahan intraoperatif signifikan, diperlukan tambahan cairan koloid atau transfusi darah.

2. Diet

- Pasca operasi, pasien dipuasakan minimal 6-8 jam untuk menunggu kembalinya fungsi peristaltik usus.
- Setelah terdengar bising usus, diet dapat dimulai secara bertahap dari cairan bening, cairan penuh, hingga makanan lunak dan normal sesuai toleransi pasien.

3. Mobilisasi

Mobilisasi dini dimulai sekitar 8-12 jam pasca operasi jika kondisi stabil, untuk mencegah komplikasi trombosis vena dalam (DVT) dan mempercepat pemulihan.

Awalnya duduk di tepi tempat tidur, dilanjutkan dengan berdiri dan berjalan ringan.

4. Kateterisasi

- Kateter urin dipasang intraoperatif dan tetap terpasang selama 24 jam post operasi untuk memantau diuresis.
- Kateter dilepas setelah pasien dapat mobilisasi dan kontrol miksi spontan.

5. Pemberian Obat-Obatan

- Antibiotik profilaksis diberikan pre-operatif dan dilanjutkan post-operatif untuk mencegah infeksi luka.
- Analgesik (misal NSAID atau opioid) diberikan untuk mengontrol nyeri pasca operasi.

- Oksitosin atau uterotonika lain diberikan untuk merangsang kontraksi uterus dan mencegah atonia uteri (perdarahan postpartum).

6. Perawatan Luka Operasi

- Luka operasi diperiksa secara rutin untuk mendeteksi tanda infeksi (kemerahan, nyeri tekan, discharge).
- Balutan luka diganti sesuai indikasi (biasanya 48 jam post operasi).
- Jahitan biasanya dilepas pada hari ke-7-10 pasca operasi jika penyembuhan baik.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, di gambarkan dalam istilah kerusakan tersebut. Nyeri bersifat subjektif dan merupakan peringatan bagi tubuh terhadap adanya bahaya atau cedera menurut (Potter & Perry, 2020).

Nyeri pasca operasi adalah sensasi tidak menyenangkan yang dirasakan pasien setelah tindakan pembedahan, yang timbul akibat kerusakan jaringan, inflamasi, atau trauma langsung pada jaringan tubuh selama proses operasi. Nyeri ini merupakan respon fisiologis normal tubuh terhadap luka pembedahan yang dapat mempengaruhi jika tidak ditangani dengan baik menurut (Smeltzer & Bare, 2020).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut Pinzon, (2016) Klasifikasi nyeri antara lain:

1. Berdasarkan Durasi Nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut di definisikan sebagai nyeri yang dirasakan seseorang selama beberapa detik sampai dengan 6 (enam) bulan. Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba, umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, jika ada kerusakan maka berlangsung tidak lama dan tidak ada penyakit sistemik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan proses penyembuhan. Beberapa pustaka lain menyebutkan nyeri akut adalah bila < 12 minggu. Nyeri antara 6-12 minggu adalah nyeri sub akut. Nyeri diatas 12 minggu adalah nyeri kronis.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama 6 (enam) bulan atau lebih. Nyeri kronis bersifat konstan atau intermitien yang menetap sepanjang satu periode waktu. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

2. Berdasarkan Etiologi Nyeri

a. Nyeri nosiseptik

Nyeri nosiseptik merupakan nyeri yang terjadi karena adanya rangsangan atau stimulus mekanis ke nosiseptor. Nosiseptor adalah saraf aferen primer yang berfungsi untuk menerima dan menyalurkan rangsang nyeri. Ujung-ujung saraf bebas nosiseptor berfungsi sebagai saraf yang peka terhadap rangsangan mekanis, kimia, suhu, listrik yang menimbulkan nyeri. Nosiseptor terletak di jaringan subkutis, otot rangka, dan sendi.

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan nyeri yang terjadi karena adanya lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf. Nyeri neuropatik biasanya berlangsung

lama dan sulit untuk di terapi. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah nyeri pasca herpes dan nyeri neuropatik diabetika.

c. Nyeri inflamatik

Nyeri inflamatorik merupakan nyeri yang timbul akibat adanya proses inflamasi. Nyeri inflamatorik kadang dimasukkan dalam klasifikasi nyeri nosiseptif. Salah satu bentuk yang umum dijumpai di praktek klinik adalah osteoarthritis.

d. Nyeri campuran

Nyeri campuran merupakan nyeri yang etiologinya tidak jelas antara nosiseptif maupun neuropatik atau nyeri memang timbul akibat rangsangan pada nosiseptor maupun neuropatik.

3. Berdasarkan Intensitas Nyeri

a. Tidak nyeri

Kondisi dimana seseorang tidak mengeluhkan adanya rasa nyeri atau disebut juga bahwa seseorang terbebas dari rasa nyeri.

b. Nyeri sedang

Seseorang merasakan nyeri dalam intensitas rendah. Pada nyeri ringan seseorang masih bisa melakukan komunikasi dengan baik, masih bisa melakukan aktivitas seperti biasa dan tidak tergantung kegiatannya.

c. Nyeri Sedang

Rasa nyeri seseorang dalam intensitas yang lebih berat. Biasanya mulai menimbulkan respon nyeri sedang akan mulai mengganggu aktivitas seseorang.

d. Nyeri Berat

Nyeri berat atau hebat merupakan nyeri yang dirasakan berat oleh pasien dan membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, bahkan akan terganggu secara psikologis dimana orang akan merasa marah dan tidak mampu untuk mengendalikan diri.

4. Berdasarkan Lokasi Nyeri

a. Nyeri somatik

Nyeri somatik merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan terhadap noisepor baik superfisial maupun dalam. Nyeri somatik superfisial merupakan nyeri yang timbul akibat rangsangan atau stimulasi nosiseptor di dalam kulit atau jaringan subcutan dan mukosa yang mendasarinya. Hal ini ditandai dengan adanya sensasi/rasa berdenyut, panas atau tertusuk, dan mungkin berkaitan dengan rasa nyeri yang disebabkan oleh stimulus yang secara normal tidak mengakibatkan nyeri (misalnya allodinia), dan hiperalgesia. Jenis nyeri ini biasanya konstan dan jelas lokasinya. Nyeri superfisial biasanya terjadi sebagai respon terhadap luka terpotong, luka gores dan luka bakar superfisial. Nyeri somatik dalam diakibatkan oleh jejas pada struktur dinding tubuh (misalnya otot rangka/skelet). Berlawanan dengan nyeri tupul linu yang berkaitan dengan organ dalam, nyeri somatis dapat diketahui di mana lokasi persisnya pada tubuh, namun beberapa menyebar ke daerah sekitarnya. Nyeri pasca bedah memiliki komponen nyeri somatis dalam karena trauma dan jejas pada otot rangka.

b. Nyeri visceral

Nyeri visceral merupakan nyeri yang timbul karena adanya jejas pada organ dengan saraf simpatis. Nyeri ini dapat disebabkan oleh distensi abnormal atau kontraksi pada dinding otot polos, tarikan cepat kapsul yang menyelimuti suatu organ (misalnya hati). iskemi otot skelet, iritasi serosa

atau mukosa, pembengkakan atau pemelintiran jaringan yang berlekatan dengan organ-organ ke ruang peritoneal, dan nekrosis jaringan. Biasanya terasa sebagai nyeri yang dalam, tumpul, linu, tertarik, diperas atau ditekan. Termasuk dalam kelompok ini adalah nyeri alih (referred pain).

2.2.3 Fisiologi Nyeri

Menurut Bahrudin, (2018), 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.

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Silent nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti mu, kappa, dan delta dapat ditemukan di kornu dorsalis.

Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor ini disebut juga Nociseptor. Secara anatomis, reseptor nyeri (nociseptor) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen.

2.2.4 Skala Penilaian Nyeri

Skala nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Kedalaman dan kompleksitas teknik untuk penilaian nyeri bervariasi, ideal, cara untuk penilaian ini mudah digunakan, mudah dimengerti oleh pasien, dan valid, sensitif serta dapat dipercaya. Berikut penilaian intensitas nyeri menurut Pinzon, (2018) antara lain:

a. Skala deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskriptif verbal (Verbal Descriptor Scale) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendeskripsi ini dirangkin dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri yang tidak tertahankan".

Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

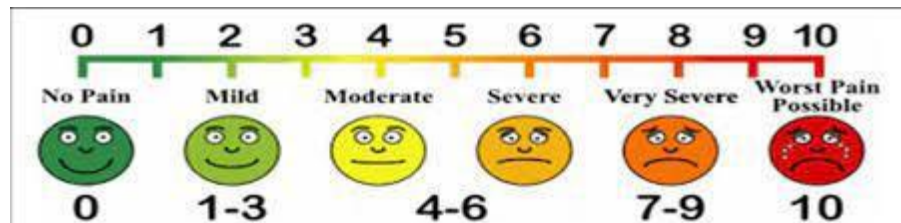
Gambar 2.1



b. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.

Gambar 2.2



c. Numerical Rating Scale (NRS)

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0-5 atau 0-10. dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyen, angka 1-3

menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang dan angka 7-10 menunjukkan nyeri berat.

Gambar 2.3



Intensitas nyeri dibedakan menjadi lima dengan menggunakan skala numerik yaitu:

1. 0 : Tidak nyeri
2. 1-3 : Nyeri ringan
3. 4-6 : Nyeri sedang
4. 7-10 : Nyeri berat

d. Pengkajian nyeri dengan metode Mnemonice PQRST

Dalam pengkajian nyeri pada pasien dipastikan menggunakan instrument atau alat ukur yang tepat, salah satu alat ukur yang paling banyak digunakan dalam mengkaji nyeri adalah metode mnemonic PQRST.

P (penyebab) : Apa yang menyebabkan rasa sakit atau nyeri, apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk atau membaik.

Q (kualitas) : Bisakah anda menjelaskan rasa sakit atau nyeri, apakah rasanya tajam, sakit, menekan, terbakar, atau tertusuk.

R (penyebaran) : Apakah rasa sakitnya menyebarkan atau berfokus pada satu titik

S (keparahan) : Seperti apa sakitnya nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit.

T (waktu) : Kapan sakit mulai muncul, apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba, apakah nyeri muncul secara terus-menerus.

2.2.5 Nyeri Pasca Operasi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan prosedur invasif seperti membuat sayatan, penutupan dan penjahitan luka. Sayatan atau luka yang dihasilkan merupakan suatu trauma bagi pasien dan bisa menimbulkan keluhan seperti nyeri. Nyeri pasca operasi merupakan keluhan yang ditakuti klien setelah pembedahan.

Sensasi nyeri mulai terasa sebelum kesadaran klien kembali penuh, dan semakin meningkat seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi. Adapun bentuk nyeri yang dialami oleh klien pasca operasi adalah akan merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk atau sayatan, nyeri akut yang terjadi karena adanya luka insisi bekas pembedahan (Sulistyorini, 2019).

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Manajemen nyeri adalah sangat penting untuk pasien bedah. Manajemen nyeri pasca operasi berusaha untuk mencegah efek samping dari rasa sakit, memfasilitasi pemulihan, dan mengurangi biaya perawatan dengan meminimalkan atau menghilangkan kesusahan pasien. Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri maka dilakukan dengan manajemen nyeri (Muzaenah dan Hidayati, 2021). Manajemen nyeri memiliki dua tindakan yaitu non farmakologi dan farmakologi. Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri berguna menghilangkan nyeri sedikit demi sedikit (Hermanto et al., 2020).

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau

bahkan sehari-hari. Pemberian analgesik biasanya dilakukan untuk mengurangi nyeri. Selain itu, untuk mengurangi nyeri umumnya dilakukan dengan memakai obat tidur. Namun pemakaian yang berlebihan membawa efek samping kecanduan, bila overdosis dapat membahayakan pemakainya (Pinandita et al., 2012).

Metode pereda nyeri non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan atau sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit (Pinandita et al., 2012).

Terapi *foot massage* merupakan mekanisme pengatur rasa sakit yang dilepaskan untuk mengontrol nyeri, memblokir transmisi impuls nyeri, menghasilkan analgesia dan Pereda nyeri. Inti *foot message* terletak di jaringan meridian yang berhubungan semua jaringan, organ dan sel tubuh (Prasetyo et al., 2020).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa terapi foot message menurunkan nyeri dan meminimalkan hari perawatan. Selain mudah di aplikasikan foot massage juga tidak memiliki efek samping hal ini sejalan dengan (Kristianus et al., 2022).

2.3 Konsep Terapi *Foot Message*

2.3.1 Definisi *Foot Message*

Terapi *foot massage* adalah salah satu metode yang paling terjangkau, berisiko rendah dan efektif untuk menghilangkan rasa nyeri pada pasien *post sectio caesarea*. Hal tersebut terjadi karena serabut saraf di kaki distimulasi sehingga menghasilkan produksi endorfin sebagai pereda nyeri (Fathey Ahmed Eittah et al., 2021). Terapi *foot massage* merupakan mekanisme pengatur rasa sakit yang dilepaskan untuk mengontrol nyeri, memblokir transmisi impuls nyeri, menghasilkan analgesia dan Pereda nyeri. Inti *foot message* terletak di jaringan

meridian yang berhubungan semua jaringan, organ dan sel tubuh (Prasetyo et al., 2020).

2.3.2 Manfaat *Foot Massage*

Menurut wiknjosastro, (2020). Foot massage (pijat kaki) memberikan manfaat pada ibu post Sectio Caesarea melalui beberapa mekanisme fisiologis, di antaranya:

1. Teori Gate Control Pain

Menurut teori ini, pijatan kaki merangsang serabut saraf besar (A-beta fibers) yang akan menghambat impuls nyeri dari serabut saraf kecil (A-delta dan C fibers) di tingkat spinal cord (sum-sum tulang belakang). Ini menyebabkan persepsi nyeri yang dirasakan ibu menjadi berkurang.

2. Meningkatkan Sirkulasi Darah

Pijatan meningkatkan aliran darah ke ekstremitas bawah dan seluruh tubuh, membantu mempercepat proses penyembuhan luka operasi dan mengurangi risiko trombosis.

3. Meningkatkan Relaksasi & Mengurangi Kecemasan

Pijatan kaki merangsang sistem saraf parasimpatis, sehingga ibu merasa lebih rileks, menurunkan ketegangan otot, dan mengurangi kecemasan yang sering muncul pasca operasi.

4. Merangsang Produksi Endorfin

Sentuhan dan tekanan ritmis dari pijatan merangsang pelepasan endorfin yang berfungsi sebagai analgesik alami tubuh, membantu mengurangi rasa nyeri.

2.3.3 Cara kerja *Foot Massage*

Berdasarkan mekanisme foot massage menurut Dewi Permata Sari, (2019) yaitu:

1. Simulasi pelepasan analgesik endorfin yaitu pijatan pada telapak dan daerah kaki mengaktifkan serabut sensorik aferen yang kemudian merangsang pusat-pusat penghambatan nyeri di sistem saraf pusat sehingga tubuh melepaskan endorfin dan neurotransmitter lain yang menurunkan persepsi nyeri.
2. Memberikan rangsangan sentuhan atau tekanan meningkatkan input serabut sensorik yang dapat transmisi impuls nyeri dari serabut nociceptor ke rangsangan spinal sehingga sinyal nyeri ke otak berkurang dan intensitas nyeri menurun.
3. Memperbaiki sirkulasi darah dan limfe sehingga mengurangi edema dan ketegangan otot.
4. Mengaktifkan sistem relaksasi tubuh dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis
5. Memberikan efek menenangkan, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.

2.3.4 Indikasi dan Kontraindikasi *Foot Massage*

Menurut Alfianty & Mardhiyah (2017), mengenai indikasi dan kontraindikasi sebagai berikut:

- a. Indikasi foot massage pada ibu *post Sectio Caesarea* adalah untuk mengurangi nyeri pasca operasi, pasien sadar, kooperatif dan dapat berkomunikasi, keadaan pasien stabil hemodinamik, pasien yang membutuhkan relaksasi untuk menurunkan stress dan ketegangan otot.
- b. Kontraindikasi terapi ini meliputi adanya infeksi, luka atau edema pada ekstremitas bawah, trombosis vena dalam (DVT) atau gangguan sirkulasi perifer, kondisi kulit yang menular dan pasien menolak dilakukan massage atau merasakan nyeri hebat saat disentuh.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1. Pengkajian

Pengkajian adalah bagian dari proses perawatan yang dinamis dan terstruktur dan mencakup tiga kegiatan dasar termasuk pengumpulan data yang sistematis, pemilihan dan pengorganisasian data untuk studi, dan pencatatan data dalam format yang dapat diambil kembali (Siringoringo, 2020).

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no register. tanggal MRS, diagnosa medis.

b. Identitas Penanggung jawab

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat agama, bahasa yang dipakai, pendidikan, pekerjaan.

c. Keluhan Utama

Menurut salah satu keluhan utama yang dialami pada pasien dengan post operasi section caesarea adalah nyeri akut (Mustiko et al, 2021)

d. Riwayat Penyakit Sekarang

Salah satu cara untuk mengkaji riwayat penyakit sekarang adalah dengan menggunakan OPQRSTUV (Zaman, 2021).

e. Riwayat penyakit terdahulu

Salah satu faktor penyebab lambatnya kesembuhan luka adalah karena mempunyai penyakit penyerta seperti DM, jadi pastikan ibu tidak

mempunyai penyakit terdahulu seperti DM, dan apakah ibu pernah mengalami operasi caesar atau tidak.

f. Riwayat kehamilan saat ini

Khususnya berapa kali pemeriksaan kehamilan. menghitung usiakehamilan serta tanggal perkiraan persalinan (HPHT), mengetahui tafsiran kelahiran bayi, apakah anak dilahirkan prematur, sebab anak prematur adalah faktor prediposisii pada posisi sungsang.

g. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan, menghitung macam persalinan yang di alami (Sectio Caesrea/normal), pernah pendarahan atau tidak.

h. Riwayat ginelogi

1. Riwayat menstruasi, penghitungan menarchee, berapa siklus, berapalama. GIS siklus awal bulanan serta siklus akhir haid (HPHT)
2. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas. Berapa jumlah kehamilan, berapa usia kehamilan, apakah ada komplikasi atau tidak, penolong persalinan. macam SC persalinan atau tipikalnya, ada komplikasi nifas atau tidak.
3. Riwayat KB, apa anda pernah menggunakan alat kontrasepsi beberapa waktu terakhir, jenis kontrasepsi apa, sejak kapan anda menggunakan alat kontrasepsi, apakah anda mengalami kendala selama menggunakan alat kontrasepsi.

i. Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Cek kesadaran klien dengan menilai GCS

b) Penampilan pasien

Cek penampilan klien apakah bersih atau tidak, dari mulai rambut, gigi, dan kuku.

c) Vital sign

Cek tanda-tanda vital antara lain pemeriksaan tensi, pernafasan, suhu dan nadi

d) Kepala: Bagaimana bentuk kepala, kebersihan kepala, kadang ada kloasma gravidarum, serta ada tonjolannya.

e) Leher: Terkadang ditemukan pembesaran organ tiroid, sebab adanya pencahayaan yang salah.

f) Mata: Kadang-kadang terjadi pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, serta terkadang kondisi lapisan mata menjadi pucat (anemis) akibat proses melahirkan yang mengalami perdarahan, sklera berwarna kuning.

g) Telinga: bentuk telinganya simetris atau tidak, kebersihnya, apakah telinganya mengeluarkan cairan atau tidak ENVLVH

h) Hidung: Ada atau tidaknya polip, bila pada masa post partum pernafasan kadang ditemukan cuping hidung

i) Dada: Terdapat payudara membesar, terdapat hyperpigmentasi pada areolla payudara serta papila payudara.

j) Abdomen: Pada pasien nifas, bagian tengah tubuh kendor, kadang striae masih nyeri. Fundus uterus 3 jari di bawa pusar.

k) Genetalia: Darah bercampur dengan cairan lendir, keluarnya cairan ketuban, apabila terjadi keluarnya meconium, merupakan feces yang

di bentuk oleh bayi didalam rahim, maka menunjukkan adanya kelainan pada posisi anak.

- l) Anus: Kadang pada pasien nifas terdapat luka di anus akibat ruptur.
- m) Ekstremitas: Pemeriksaan edema untuk mencari kelainan akibat pelebaran rahim, akibat preeklampsia, atau penyakit jantung atau ginjal.
- n) Muskuloskeletal: Pada pasien post partum, biasanya terdapat keterbatasan perkembangan akibat luka episiotomi.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Wayan, 2017), diagnosa keperawatan pada Ibu Post Partum adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.
3. Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.
4. Resiko gangguan perlekatan ditandai dengan khawatir menjalankan peran sebagai orang tua.

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri berkurang 2. Keluhan nyeri meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri.

		<p>3. Pasien menunjukkan sikap protektif menurun.</p> <p>4. Pasien tidak tampak gelisah.</p>	<p>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>4. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan menyusui	Konseling Laktasi (I.03093)

	ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)	<p>efektif, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat. 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat. 3. Pancaran ASI meningkat 4. Suplai ASI adekuat meningkat. 5. Pasien melaporkan payudara tidak bengkak 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui. 3. Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan teknik mendengar aktif. 2. Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu.
3.	Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer. (D.0142)	<p>Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tanda infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada tandan –tanda infeksi (Demam, Nyeri, Kemerahan, dan Bengkak). 2. Kadar sel darah putih membaik. 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 2. Pertahankan tehnik aseptik pada psien beresiko tinggi.

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka. 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
4.	Resiko gangguan perlekatan ditandai dengan khawatir menjalankan peran sebagai orang tua. (D.0127)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan interaksi ibu dan anak meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menunjukkan peningkatan verbalisasi perasaan positif terhadap bayi. 2. Pasien menunjukkan peningkatan dalam menggendong bayinya untuk menyusui. 	<p>Promosi Perlekatan (I.10342)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kegiatan menyusui. 2. Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI. 3. Identifikasi payudara ibu. 4. Monitor perlekatan saat menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi. 2. Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh

			payudara ibu. 3. Ajarkan ibu agar bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bawah. 4. Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf "C". 5. Anjurkan ibu untuk menyusui pada saat mulut bayi terbuka lebar sehingga areola dapat masuk dengan sempurna. 6. Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusui
--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

Strategi pelaksanaan yang digunakan untuk masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik telah diberikan penanganan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri. Dalam hal mengatasi nyeri yang dialami pasien, tenaga medis melakukan strategi atau cara yang sering disebut dengan istilah manajemen nyeri (Mayasari, 2016). Manajemen nyeri yang digunakan, terbagi menjadi dua pendekatan, yaitu farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik farmakologi yaitu diberikan obat-obatan. Sedangkan teknik non farmakologi yaitu dengan terapi foot massege. Terapi *foot massage* merupakan mekanisme pengatur rasa sakit yang dilepaskan untuk mengontrol nyeri, memblokir transmisi impuls nyeri, menghasilkan analgesia dan Pereda nyeri. Inti *foot message* terletak di jaringan meridian yang berhubungan semua jaringan, organ dan sel tubuh (Prasetyo et al., 2020).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan pada klien menggunakan evaluasi Sumatif yang di dokumentasikan setelah melakukan tindakan dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), gelisah menurun (5). Yang bertujuan untuk mengakhiri, memodifikasi, atau meneruskan rencana tindakan yang telah diberikan kepada klien apakah tujuan tercapai (PPNI, 2019).