BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Teori

2.1.1.1 Pengertian Post Partum

a. Definisi Post Partum

Post Partum adalah waktu yang dialami oleh seorang perempuan setelah melahirkan bayi dan plasenta, dan berlangsung hingga 6 minggu setelah proses kelahiran bayi selesai (Fitri, 2023).

Masa setelah melahirkan atau disebut juga masa nifas adalah masa yang sangat penting dan berpengaruh besar terhadap keamanan ibu dan bayi setelah proses melahirkan. Masa ini dimulai tepat setelah bayi lahir dan berlangsung hingga sekitar enam minggu, yaitu waktu ketika tubuh ibu sedang berusaha kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. Pada tahap ini berlangsung proses pemulihan tubuh yang rumit, khususnya pada organ reproduksi seperti rahim yang mengalami penyusutan atau involusi hingga kembali ke ukuran semula (Dan et al., 2023).

Dapat disimpulkan bahwa post partum atau masa nifas adalah masa yang dimulai tepat setelah proses melahirkan, yaitu setelah bayi dan plasenta keluar, dan berlangsung selama sekitar enam minggu. Masa ini merupakan fase penting karena tubuh ibu sedang mengalami berbagai proses pemulihan, baik secara fisik maupun fisiologis, terutama pada organ reproduksi seperti rahim yang perlahan kembali ke ukuran semula sebelum hamil melalui proses yang disebut involusi. Selain menjadi

masa pemulihan, masa ini juga sangat penting untuk menjaga keselamatan dan kesehatan ibu serta bayi, sehingga perlu diberikan perhatian, perawatan, dan pengawasan yang cukup agar tidak terjadi komplikasi.

b. Tahap Masa Post Partum

Berikut beberapa tahapan post partum : Menurut (Fitri, 2023)

1. Puerperium dini

   Puerperium dini adalah masa pemulihan awal, di mana ibu sudah boleh berdiri dan berjalan, serta melakukan aktivitas seperti wanita biasa.

2. Puerperium intermediate

   Puerperium intermediate adalah masa pemulihan lebih lanjut untuk organ genitalia, yang membutuhkan waktu sekitar 6 sampai 8 minggu.

3. Puerperium remote

   Puerperium remote adalah masa pemulihan yang lebih lama, terutama jika ibu mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Masa pemulihan sempurna bisa memakan waktu beberapa minggu, bulan, bahkan tahun.

c. Kebutuhan Masa Post partum

Berikut beberapa tahapan pada kebutuhan masa Post Partum: (Fitri, 2023)

1. Cairan dan nutrisi

   Nutrisi yang baik tidak hanya mendukung pemulihan dan kesejahteraan ibu post partum, tetapi juga sangat penting untuk produksi ASI dan kesehatan bayi.

2. Kebutuhan Eliminasi

   Setelah 6 jam diharapkan ibu post partum sudah dapat berkemih, Jika belum juga berkemih tetapi kandung kemih sudah penuh diharapkan untuk menggunakan

kateterisasi.

3. Kebutuhan istirahat

   Manfaat istirahat yang cukup membantu pemulihan fisik untuk perbaikan jaringan dan pengembalian energi.

4. Personal hygiene

   Personal hygiene atau perawatan diri pada ibu post partum sangat penting untuk mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, dan mendukung kesehatan serta kenyamanan ibu selama masa nifas.

5. Aktivitas Fisik

   Aktivitas fisik dan olahraga memiliki banyak manfaat penting bagi ibu post partum, Berikut beberapa alasan mengapa aktivitas penting untuk ibu post partum:

   a) Mengembalikan kekuatan dan kebugaran.
   b) Meningkatkan sirkulasi darah.
   c) Mencegah dan mengatasi konstipasi.

2.1.1.2 Perubahan Fisiologis Masa Post Partum

Berikut beberapa perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum: menurut (Hasna Zaqiyah Az-Zahra, Tonasih, Ria Yulianti, 2023)

a. Sistem Reproduksi

   1. Uterus (Involusi Uteri)

      Setelah plasenta keluar, rahim mulai mengalami proses involusi, yaitu pengecilan ukuran rahim dan kembali ke posisi semula sebelum hamil. Proses ini terjadi karena otot polos rahim berkontraksi dan meregang kembali, yang dipengaruhi oleh hormon oksitosin.

a) Pada akhir proses melahirkan, berat uterus berkisar sekitar 1000
b) Minggu pertama postpartum ±500 gram
c) Minggu keenam ±50–60 gram

Kegagalan proses involusi atau subinvolusi bisa terjadi karena masih adanya plasenta, terjadinya infeksi, atau kelemahan rahim, dan kondisi ini bisa menyebabkan pendarahan setelah melahirkan.

2. Lochia

Lochia adalah cairan yang keluar dari rahim sebagai bagian dari proses penyembuhan luka pada plasenta.

a) Lochia rubra (hari 1–3): merah, mengandung darah
b) Lochia serosa (hari 4–10): kecoklatan
c) Lochia alba (minggu 2–6): putih kekuningan

Perubahan pada lochia yang tidak normal, seperti bau yang tidak sedap, perdarahan yang terus-menerus banyak, atau tidak berkurang, bisa menunjukkan adanya infeksi setelah melahirkan.

3. Serviks, Vagina, dan Perineum

Serviks yang awalnya membuka 10 cm akan mulai tertutup secara perlahan, meskipun bentuk lubang rahim di luar tidak kembali menjadi bulat seperti sebelum hamil. Penurunan hormon estrogen membuat lapisan vagina menjadi lebih tipis dan kering, terutama pada ibu yang sedang menyusui, sehingga bisa menyebabkan rasa sakit saat berhubungan seksual.

b. Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun drastis

karena plasenta lepas. Kondisi ini memicu dominasi hormon hipofisis, terutama:

1. Prolaktin → merangsang produksi ASI
2. Oksitosin membantu proses keluarnya susu ibu serta menyebabkan otot rahim berkontraksi.

Ketidakseimbangan hormon bisa mengganggu proses menyusui dan juga membuat perasaan ibu yang baru melahirkan tidak stabil. Penurunan hormon estrogen dapat menyebabkan munculnya gejala seperti perubahan suasana hati yang tiba-tiba, mudah sedih, dan merasa cemas.

3. Payudara

Pada hari kedua hingga hari keempat setelah melahirkan, payudara biasanya mengalami pembengkakan karena aliran darah meningkat dan produksi ASI bertambah. Jika ASI tidak dikeluarkan dengan baik, bisa terjadi penumpukan ASI. Perawatan payudara yang baik dan menyusui secara dini sangat penting untuk mencegah terjadinya masalah seperti mastitis.

c. Sistem Kardiovaskular dan Hematologi

Setelah melahirkan, terjadi perubahan besar pada jumlah darah dalam tubuh. Mobilisasi cairan yang ada di luar pembuluh darah menyebabkan produksi urine meningkat dan berat badan turun. Selain itu, kondisi hiperkoagulabilitas selama masa nifas dapat meningkatkan risiko terjadinya tromboemboli, khususnya pada ibu yang telah menjalani operasi SC.

d. Sistem Urinaria dan Pencernaan

Diuresis setelah melahirkan membantu tubuh mengeluarkan cairan yang berlebihan selama masa kehamilan. Namun, trauma saat bersalin bisa

menyebabkan gangguan buang air kecil sementara. Dalam sistem pencernaan, jika gerakan usus berkurang, bisa menyebabkan sembelit, terutama jika ibu merasa takut untuk mengejan karena ada rasa sakit di daerah perineum.

2.1.1.1 Perubahan Psikologis Pada Masa Post Partum

Adaptasi psikologis adalah proses di mana ibu berusaha menyesuaikan diri dengan perubahan peran, identitas, dan tugas baru yang harus dihadapi setelah menjadi seorang ibu. Perubahan tersebut terutama dipengaruhi oleh faktor hormonal, bantuan dari lingkungan sosial, serta keadaan mental dan sosial ibu.

Berikut beberapa fasenya: (Hasna Zaqiyah Az-Zahra, Tonasih, Ria Yulianti, 2023)

a. Fase Taking In (Hari 1–3)

   Pada tahap ini, ibu bersikap pasif dan sangat membutuhkan bantuan orang lain. Ibu lebih memperhatikan dirinya sendiri, pengalaman melahirkan, serta kebutuhan pokok seperti makan dan tidur. Kemampuan mengambil keputusan masih rendah.

b. Fase Taking Hold (Hari 3–10)

   Ibu mulai ingin mandiri, belajar merawat bayi, dan menerima pelajaran tentang kesehatan. Pada tahap ini, ibu sering merasa cemas dan takut kalau tidak bisa merawat bayi dengan baik, jadi dibutuhkan dukungan emosional yang cukup kuat.

c. Fase Letting Go (Minggu ke-2 hingga ke-6)

   Ibu mulai menjalani peran barunya dengan penuh, menyesuaikan harapan-harapan dengan kenyataan sebenarnya, serta mempererat hubungan emosional

dengan bayi dan suami.

2.1.2 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.2.1 Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah prosedur pembedahan di mana dilakukan potongan pada dinding depan rahim untuk membantu proses melahirkan. (Febiantri & Machmudah, 2021).

SC adalah tindakan medis yang dilakukan untuk membantu proses kelahiran jika persalinan normal tidak bisa dilakukan karena kondisi kesehatan ibu atau bayi. Proses ini merupakan jenis pembedahan yang dilakukan dengan membuka dinding perut dan rahim untuk melahirkan bayi. (Arda & Hartaty, 2021).

SC dapat disimpulkan sebagai proses persalinan melalui prosedur pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Cara ini digunakan sebagai pilihan ketika persalinan secara normal melalui vagina tidak bisa dilakukan dengan aman karena kondisi tertentu pada ibu atau bayi.

2.1.2.2 Macam-macam *Sectio Caesarea*

Ada beberapa macam *Sectio Caesarea* (SC): (Siagian et al, 2023)

a. *Sectio Caesarea* Primer

SC primer adalah operasi sesar yang direncanakan sejak awal kehamilan, sebelum proses melahirkan dimulai. Operasi ini dilakukan tanpa menunggu kelahiran alami. Biasanya menurut tanda-tanda medis yang sudah dikenal sebelumnya. Contoh indikasi:

1. Riwayat SC sebelumnya

2. Kelainan panggul
3. Plasenta previa
4. Janin besar

Tujuan utamanya adalah mencegah risiko yang bisa terjadi bagi ibu dan bayi yang sedang dikandung. SC primer sering disebut SC elektif karena cara penyelenggarannya direncanakan dengan matang dan persiapan yang sudah siap.

b. *Sectio Caesarea* Sekunder

SC sekunder dilakukan ketika ibu pertama kali mencoba melahirkan secara normal, tetapi prosesnya tidak berjalan lancar atau gagal, sehingga akhirnya diputuskan untuk melakukan operasi caesar. Dilakukan saat persalinan sedang berlangsung Biasanya bersifat emergensi Penyebab umum:

1. Partus lama
2. Gawat janin
3. Ketuban pecah dini dengan komplikasi

Keputusan tersebut diambil untuk menyelamatkan ibu dan janin

c. *Sectio Caesarea* Ulang

SC ulang adalah prosedur SC yang dilakukan pada ibu yang sebelumnya juga melahirkan menggunakan SC, lalu pada kehamilan berikutnya kembali menggunakan SC. Hal ini terjadi karena:

1. Risiko ruptur uteri bila persalinan normal
2. Bekas luka SC sebelumnya
3. Biasanya dilakukan secara elektif

Pertimbangan keselamatan menjadi alasan utama untuk tindakan sc tersebut

d. *Sectio Caesarea* Histerektomi

SC histerektomi adalah tindakan SC yang diikuti dengan pengangkatan rahim (histerektomi) karena alasan medis tertentu. Prosedur ini dilakukan bila ada kondisi berat seperti: Perdarahan hebat yang tidak terkontrol, Infeksi rahim berat, Kerusakan rahim yang bertujuan menyelamatkan nyawa ibu tetapi konsekuensinya ibu tidak dapat hamil kembali.

e. Operasi Porro

Operasi Porro adalah jenis khusus dari SC, yaitu tindakan SC yang dilanjutkan dengan histerektomi langsung, biasanya dilakukan ketika bayi sudah mati di dalam rahim atau terjadi infeksi pada rahim yang parah. Dilakukan dalam kondisi persalinan yang sangat sulit, jika bayi tidak bisa lahir secara normal, tindakan ini termasuk cara ekstrem dan darurat.

2.1.2.3 Etiologi

Operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi, yaitu: (Julianti et al., 2020)

a. Faktor ibu mencakup riwayat kehamilan atau persalinan yang kurang baik, adanya kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada kehamilan pertama, solusio plasenta tingkat I atau II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan dalam proses persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri, dan lainnya, Chepalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), adanya sejarah Sectio Caesarea sebelumnya, serta faktor hambatan jalan lahir.

b. Faktor janin meliputi gawat janin, malpresentasi, malposisi, prolapsus tali pusat dengan pembukaan panggul yang kecil, dan kegagalan prosedur vakum atau forceps ekstraksi

2.1.2.4 Patofisiologi

Sectio caesarea adalah prosedur untuk melahirkan bayi yang memiliki berat badan di atas 500 gram. gram dengan sayatan pada dinding rahim yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan SC yaitu distrofia kepala panggul, disfungsi uterus, distorsi jaringan lunak, plasenta previa. Partus lama atau partus yang tidak maju, pre eklampsia berat, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan janin lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami. Adaptasi post partum yang baik mencakup aspek kognitif dengan kurangnya pengetahuan. Akibat kurang informasi dari segi fisiologis yaitu produk oxitosin yang tidak cukup akan Mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi lebih dalam. bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. (Siswanti, 2021)

2.1.2.5 Manifestasi Klinis

Beberapa manifestasi klinis post operasi SC pada ibu adalah sebagai berikut.(Febiantri & Machmudah, 2021)

a. Nyeri karena luka operasi
b. Luka potongan di bagian perut
c. Uterus bagian atas mengalami kontraksi kuat dan berada di sekitar perut
d. Aliran lendir perdarahan sedang dan tidak terlalu kental
e. Jumlah darah yang hilang selama operasi sekitar 600 hingga 800 mililiter

f. Pasien mengalami perasaan tidak stabil dan kesulitan menghadapi situasi baru
g. Ditempatkan infus urine untuk mengeluarkan kencing
h. Saat mendengarkan, suara usus tidak terdengar atau terdengar agak samar
i. Tidak bisa bergerak karena pengaruh obat bius
j. Suara paru-paru jelas dan terdengar seperti vesikel dengan pernapasan 20 kali per menit
k. Karena kelahiran dilakukan secara cesara secara mendadak, biasanya orang tidak paham tentang prosedur tersebut

2.1.2.6 Komplikasi

Komplikasi pada Ibu dan bayi menurut (Nisma et al., 2022) yaitu:

a. Komplikasi Ibu
    1. Infeksi

       Terjadi pada luka operasi atau infeksi pada uterus (endometritis). Infeksi terjadi karena operasi yang membuka perut dan rahim, sehingga mempermudah masuknya bakteri ke dalam tubuh.

    2. Perdarahan post SC

       Kehilangan darah lebih banyak dibandingkan persalinan biasa karena terdapat luka pada jaringan perut dan rahim. Jika tidak terkontrol dapat menyebabkan anemia berat.

    3. Syok perdarahan

       Perdarahan yang sangat banyak bisa menyebabkan tekanan darah turun

tajam, sehingga timbul syok hipovolemik yang bisa membahayakan nyawa.

4. Sepsis

   Infeksi yang menyebar ke aliran darah. Kondisi ini sangat berbahaya karena bisa merusak fungsi organ tubuh.

5. Cedera organ dalam

   Selama prosedur pembedahan, organ sekitar seperti kandung kemih atau usus bisa mengalami trauma atau luka yang tidak terduga.

b. Komplikasi pada bayi

1. Gangguan pernapasan

   Bayi SC lebih rentan mengalami kesulitan bernapas karena tidak melewati proses tekanan saat melewati jalan lahir yang membantu mengeluarkan cairan dari paru-paru.

2. Kulit tergores/luka

   Dapat terjadi karena luka dari operasi saat proses keluarnya bayi.

2.1.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang Sectio Caesarea: (Nelly Bagus, 2024) :

a. Tes laboratorium

   Merupakan bagian penting dalam pengelolaan medis bagi pasien yang akan menjalani operasi caesar. Meskipun jenis tes laboratorium yang dijalani tidak disebutkan secara rinci dalam teks, tes tersebut biasanya dilakukan agar kondisi kesehatan ibu tetap stabil sebelum prosedur operasi dimulai.

b. Pemantauan tanda-tanda vital

Dilakukan dengan mengamati tekanan darah, denyut jantung, suhu tubuh, dan cara bernapas. Pemantauan dilakukan sebelum operasi untuk membantu persiapan, serta di ruang pemulihan setelah operasi selesai agar pemulihan berjalan dengan baik. Pemeriksaan Fisik dan Penilaian Kondisi Khusus: Sebelum menentukan tindakan SC, dokter melakukan pemeriksaan untuk mengetahui adanya tanda-tanda medis tertentu, seperti:

c. Pengukuran panggul dan kepala bayi

   Dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat ketidaksesuaian ukuran antara kepala bayi dengan panggul ibu, yang bisa menyebabkan masalah saat melahirkan.

d. Penilaian letak janin

   Dilakukan untuk mengetahui apakah janin berada dalam posisi yang benar atau tidak, misalnya posisi sungsang atau lintang.

e. Evaluasi kondisi ketuban

   Pemeriksaan untuk mengetahui apakah ketuban sudah pecah lebih awal.

2.1.2.8 Penatalaksanaan

Berikut Penatalaksanaan Pada Ibu dengan Sectio Caesarea diantaranya: (Puji Eva Annisaa et al., 2025)

a. Pemberian cairan intravena dan oksigenasi

   Setelah operasi sectio caesarea, pasien diberikan cairan melalui infus dan oksigen sesuai kebutuhan medis. Hal ini dilakukan untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh dan memastikan pasien mendapatkan cukup

oksigen, baik selama maupun setelah prosedur.

b. Tindakan anestesi

Manajemen medis anestesi melibatkan penggunaan anestesi, biasanya jenis regional atau spinal, untuk mencegah rasa sakit selama pembedahan berlangsung.

c. Pemantauan laboratorium dan diagnostik

Sebelum atau saat penanganan, dilakukan pemeriksaan laboratorium serta pengawasan diagnostik lainnya seperti pemantauan bayi dalam kandungan, EKG, kadar elektrolit, hemoglobin, dan jenis darah untuk mengenali kemungkinan munculnya komplikasi.

d. Pemantauan tanda-tanda vital

Pemantauan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan dilakukan dengan observasi yang teliti di ruang pemulihan untuk memastikan kondisi pasien tetap stabil setelah operasi.

e. Pemasangan kateter urine

Pemasangan kateter urin dilakukan sebagai bagian dari perawatan medis untuk mengawasi jumlah urine yang dikeluarkan dan memastikan kebersihan selama masa pemulihan awal.

f. Manajemen Nyeri Farmakologis dan Non-Farmakologis

Penanganan nyeri dilakukan dengan kerja sama memberikan obat analgesik seperti Antrain melalui suntikan IV serta menggunakan teknik non-farmakologis seperti bernapas dalam dan aromaterapi lavender. Teknik ini membantu meningkatkan gelombang alfa di otak, sehingga memberikan

efek rileks yang nyaman.

g. Intervensi Fisioterapi dan Mobilisasi Dini

Pasien diberi latihan pernapasan dan gerakan mobilisasi secara bertahap. Mulai dari gerakan pergelangan kaki pada 6–10 jam setelah operasi, lalu miring ke kanan dan kiri pada hari pertama, kemudian belajar duduk dan berjalan di hari berikutnya. Hal ini bertujuan untuk mencegah pembekuan darah serta mempercepat pemulihan fungsi tubuh.

h. Perawatan luka

Perawat mengawasi balutan luka agar tetap kering dan bersih, serta memperhatikan gejala infeksi seperti kulit merah, terasa panas, sakit, dan bengkak.

i. Perawatan payudara (Breast Care)

Perawatan payudara dilakukan dengan mengevaluasi dan memberikan perawatan yang tepat untuk merangsang keluarnya ASI serta memberikan informasi mengenai cara menyusui yang benar kepada ibu.

2.1.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami sectio caesarea adalah sebagai berikut. (Wahyuningsih, 2019) :

2.1.3.1 Pengkajian keperawatan pada ibu Sectio Caesarea

a. Identitas Pasien

Ibu yang berusia di atas 35 tahun memiliki risiko yang lebih tinggi terjadi keguguran. Kehamilan yang dilakukan dengan operasi sectio caesarea, usia

yang berisiko untuk hamil adalah 35 tahun dikarenakan penurunan elastisitas otot panggul.

b. Keluhan Utama

Perasaan yang dirasakan klien selama proses pengkajian. Klien merasa nyeri, tegang, gelisah, dan kurang mampu mengatasi situasi.

c. Riwayat Kesehatan

1.Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit atau komplikasi yang terjadi hingga prosedur dilakukan tindakan medis pembedahan Sectio Caesarea dapat menyebabkan dampak psikologis pada ibu dan bisa membuat merasa takut, khawatir, dan cemas karena akan menjalani operasi, seseorang biasanya merasa tidak nyaman karena akan menghadapi operasi, merasa tidak tenang membayangkan di ruang operasi, atau pengalaman operasi yang pernah dilakukan sebelumnya

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan data yang diperoleh mengenai kondisi kesehatan pasien sebelum menjalani tindakan sectio caesarea. Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit yang pernah atau sedang diderita yang dapat memengaruhi kondisi ibu selama masa pemulihan pasca operasi.

3. Riwayat Perkawinan

Pengkajian ini meliputi status perkawinan, lama perkawinan, usia saat menikah, jumlah pernikahan, serta hubungan antara ibu dengan pasangan. Selain itu, perlu dikaji dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga selama masa kehamilan, persalinan, dan periode pasca operasi.

4.Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan masa nifas sebelumnya, berapa kali ibu hamil, serta siapa yang membantu. Persalinan adalah proses ketika ibu melahirkan anak. Tempat bersalin bisa di rumah sakit, klinik, atau di rumah jika kondisi ibu dan bayi baik. Cara bersalin bisa melalui vagina (persalinan normal) atau melalui operasi (caesar). Jumlah anak yang lahir bisa satu, dua, atau lebih tergantung pada kondisi kehamilan. Apakah pernah mengalami abortus, dan kondisi nifas setelah operasi Sectio Caesarea yang lalu.

5. Riwayat Persalinan Sekarang

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

6. Riwayat KB

Pengkajian riwayat penggunaan KB dilakukan untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat penggunaan alat kontrasepsi. Pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi yang digunakan, apakah ada keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, Setelah masa nifas berakhir, akan digunakan alat penghindar kehamilan apa, jika akan di steril bisa dilakukan langsung pada saat operasi.

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

Didapatkan pasien pernah melakukan terminasi kehamilan dengan operasi sectio caesarea dan penyakit turunan yang telah diperbaiki keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus

yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.

d. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Aktivitas

   Aktivitas pasien terbatas, dan mereka membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keperluannya karena pasien mudah lelah, pasien hanya bisa beraktivitas ringan seperti: duduk ditempat tidur, menyusui.

2. Pola Eliminasi

   Pasien yang baru saja melahirkan sering kali mengalami kondisi tertentu perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya edema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

3. Pola Istirahat dan Tidur

   Pasien selama masa nifas sering mengalami perubahan dalam cara beristirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi serta rasa sakit pada jahitan pada luka post sc.

4. Pola Hubungan dan Peran

   Pasien akan menjadi istri dan ibu yang baik bagi suaminya.

5. Pola Penanggulangan Stress

   Pasien merasa takut karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri.

6. Pola Sensori Kognitif

   Pasien merasa sakit di daerah abdomen karena ada luka jahitan akibat Sectio Caesarea.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

   Pasien merasa dirinya tidak lagi terlihat cantik seperti sebelum hamil, sejak melahirkan pasien mengalami perubahan pada ideal diri.

8. Pola Reproduksi dan Sosial

   Terjadi perubahan pada seksualitas atau fungsi seksual karena adanya. Proses melahirkan dan rasa sakit akibat jahitan luka pada operasi sesar.

e. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital

   Yang perlu diperhatikan tekanan darah turun, detak jantung cepat, napas memburuk, dan suhu tubuh menurun.

2. Kepala

   a) Rambut

      Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan atau tidak.

   b) Mata

      Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

   c) Telinga

      Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga.

   d) Hidung

      Ditemukan ada polip atau tidak dan jika pada masa setelah melahirkan

kadang terjadi kadang ditemukan pernapasan cuping hidung.

e) Mulut

Bersih atau kotor, kondisi mukosa bibir kering/lembab.

f) Leher

Saat leher dipalpasi, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses penerangan yang salah.

g) Payudara

Payudara kiri dan kanan simetris, tidak ada kelainan pada payudara, areola berwarna hitam kecoklatan, puting susu terlihat jelas, ASI biasanya belum keluar pada hari pertama pasca SC.

h) Paru-paru menghasilkan suara vesikuler yang jelas terdengar.

Jantung Ictus cordis teraba, bunyi jantung lup dup, S1/S2 tunggal

i) Abdomen

Perut tampak membesar, terlihat luka insisi operasi pada dinding, tinggi fundus uteri dinilai untuk melihat proses involusi dengan konsistensi uterus teraba keras, serta dapat ditemukan nyeri tekan di sekitar area luka operasi, bising usus (+).

j) Genitalia

Pada area genetalia data yang perlu dikaji adalah tentang pengeluaran lochea di mana ibu *post partum* pada hari pertama itu masih tergolong lochea rubra yang berwarna merah kehitaman. Banyaknya pengeluaran lochea akan dipengaruhi oleh perdarahan ibu. Biasanya pada ibu *post partum* perineum cenderung kotor hal ini perlu menjadi perhatian untuk

mengedukasi ibu dalam kebersihan perineum agar mengurangi resiko infeksi. Kemudian tingkat resiko terjadinya hemoroid pada ibu *post* SC cenderung rendah dibanding ibu dengan persalinan normal.

k) Ekstremitas

Pemeriksaan varises, edema, refleks patella, nyeri tekan. Adanya Homan, caranya meletakan satu tangan pada lutut pasien dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila pasien merasakan nyeri pada betis tindakan tersebut, tanda homan sign (+).

2.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), diagnosa keperawatan adalah masalah yang ditemukan berdasarkan informasi dari pasien. Berikut beberapa kemungkinan diagnosa keperawatan diantaranya:

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi.
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan nyeri saat bergerak.
3. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.
4. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea.
5. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien mengatakan belum mengetahui cara

perawatan luka post sectio caesarea.

2.1.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pembuatan rencana tindakan yang dilakukan perawat kepada pasien berdasarkan diagnosis yang sudah ditetapkan, dengan tujuan agar kesehatan pasien dapat terpenuhi. Menurut SIKI dan SLKI DPP PPNI tahun 2018.

Tabel 2 1 Perencanaan Post Partum

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi.	Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan rasa nyeri dapat berkurang. Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 7. Uterus teraba membulat menurun	**Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri **Terapeutik** 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi tarik nafas dalam) **Kolaborasi** Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan nyeri saat bergerak.	Setelah dilakukan perawatan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan bergerak tubuh meningkat. Kriteria hasil: 1. Nyeri menurun	**Observasi** 1. Kenali adanya rasa sakit atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

		2. Kecemasan menurun 3. Gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik menurun	3. Pantau kondisi secara umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** 4. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk meningkatkan gerakannya. 5. Fasilitasi melakukan pergerakan **Edukasi** 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan gerakan sederhana yang harus dilakukan (misalnya, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur).
3.	Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.	Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan aktivitas pasien meningkat. Kriteria hasil : 1. Ferekunsi nadi meningkat 2. Keluhan lelah menurun 3. Perasaan lemah menurun 4. Kekuatan atas dan bawah tubuh bagian bawah meningkat	**Observasi** 1. Identifikasi gangguan tubuh yang menyebabkan kelemahan 2. Monitir kelemahan fisik 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas **Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan **Edukasi** 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara lengkap Ajarkan strategi koping untuk menguragi kelemahan
4.	Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea.	Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kondisi kulit dan jaringan menjadi lebih baik. Kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	**Observasi** 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan

		3. Nyeri menurun	**Terapeutik** 1. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 2. Berikan kenyamanan pada 3. Fasilitasi berkemih secara normal 4. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum **Edukasi** 1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin 3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat 4. Ajarkan mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi relaksasi autogenik)
5.	Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka post sectio caesarea.	Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan pasien meningkat. Kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang perawatan luka meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Perilaku sesuai anjuran meningkat 4. Verbalisasi kebingungan menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	**Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya **Edukasi** 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan cara merawat luka post sectio caesarea dengan benar 4. Anjurkan kontrol rutin sesuai jadwal **Kolaborasi** 1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain jika diperlukan,

2.1.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang keempat, di mana rencana asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan atau diterapkan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil, perawat berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk mencapai hasil yang diharapkan. (Berman, A., Synder & Frandsen, 2019).

2.1.3.5 Evaluasi Keperawatan

Merupakan tahap terakhir dalam proses perawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi hasil. Hasil dari seluruh tindakan perawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada ibu pasca persalinan, mengurangi nyeri, memenuhi kebutuhan psikologis mengekspresikan harapan diri yang positif, komplikasi terhindari atau teratasi bebas dari infeksi, pola eliminasi yang optimal, mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fisiologis dan kebutuhan ibu post partum (Wahyuningsih, 2019).

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Konsep Nyeri

2.2.1.1 Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan, baik yang sudah terjadi maupun yang mungkin terjadi, atau dinyatakan dalam istilah tersebut kerusakan tersebut. Fenomena rasa nyeri pada setiap individu dapat berbeda intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, di sayat-sayat), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Mekanisme timbulnya rasa nyeri didasari oleh proses multipel, yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotipik,

sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. (Viera Valencia & Garcia Giraldo, 2019).

2.2.1.2 Etiologi Nyeri

Nyeri muncul sebagai respons tubuh ketika ada rangsangan yang bisa merusak jaringan. Nyeri terjadi karena adanya kerusakan pada jaringan tubuh, seperti trauma fisik, infeksi, operasi, atau proses peradangan. Rangsangan itu menyebabkan pelepasan berbagai zat kimia seperti bradikinin, prostaglandin, leukotrien, amin, purin, dan sitokin dari jaringan yang mengalami luka. Zat-zat ini membuat nosiseptor lebih peka dan aktif, sehingga batas rasa nyeri menjadi lebih rendah, serta rangsangan yang sebelumnya dianggap ringan kini terasa lebih sakit. Secara fisiologis, rasa sakit ini sebenarnya berfungsi sebagai bentuk perlindungan karena memberi tahu tubuh bahwa ada kerusakan, sehingga tubuh terdorong untuk menghindari cedera yang lebih parah dan memulai proses sembuh. Oleh karena itu, inflamasi dianggap sebagai salah satu penyebab utama munculnya rasa nyeri, baik dalam kondisi yang terjadi secara tiba-tiba maupun yang berlangsung dalam jangka waktu lama (Suwondo et al., 2017).

2.2.1.3 Pengukuran Nyeri

Pengukuran Nyeri dilakukan dengan berkomunikasi baik dengan pasien, skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai tingkat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai secepat mungkin selama pasien mampu berbicara dan menunjukkan tanda-tanda rasa sakit yang ada dirasakan (Andreyani & Kuswida Bhakti, 2023).

Numeric Rating Scale (NRS). Skala ini digunakan sebagai alat untuk mengetahui seberapa besar rasa sakit yang dirasakan pasien setelah melakukan operasi.

Rentang Skala Nyeri menentukan tingkat rasa sakit dengan menggunakan angka 0 sampai 10 seperti ini:

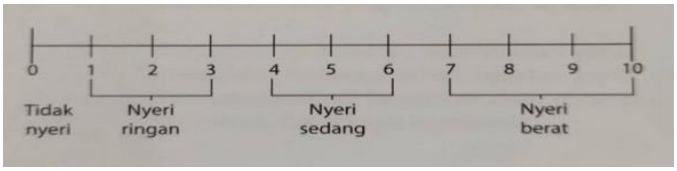
Skala 0: Tidak nyeri.

Skala 1–3: Nyeri ringan.

Skala 4–6: Nyeri sedang.

Skala 7–9: Nyeri berat.

Skala 10: Nyeri sangat berat.



Gambar 1 Skala Nyeri NRS

(Syurrahmi et al., 2023).

2.2.1.4 Pengkajian nyeri dengan metode Mnemonica PQRS

Dalam mengevaluasi rasa nyeri pada pasien, pastikan menggunakan alat atau instrumen pengukuran yang tepat. Salah satu alat pengukuran yang sering digunakan untuk mengevaluasi nyeri adalah metode mnemonic PQRST.

P (Penyebab): Apa yang menyebabkan rasa sakit atau nyeri tersebut? Apakah ada sesuatu yang memperparah atau membaikkan kondisi ini.

Q (Kualitas): Bisakah Anda menjelaskan bagaimana rasa sakit atau nyeri itu? Apakah rasanya tajam, sakit, menekan, terbakar, atau tertusuk.

R (Penyebaran) : Apakah rasa sakitnya menyebar ke area lain atau hanya terfokus pada satu titik saja.

S (keparahan) : Seberapa sakit rasanya berdasarkan skala 1 sampai 10, di mana 0 artinya tidak sakit sama sekali dan 10 adalah sakit yang paling parah.

T (waktu) : kapan sakit mulai muncul, apakah muncul secara perlahan atau tiba-tiba, apakah rasa nyeri terjadi terus-menerus atau hanya sesekali.

2.2.1.5 Patofiologi Nyeri

Nyeri terjadi ketika jaringan di tubuh mengalami luka, trauma, operasi, atau peradangan. Kondisi ini menyebabkan sel-sel yang rusak melepaskan berbagai zat kimia seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, dan serotonin. Zat-zat ini membuat nosiseptor lebih peka, sehingga ambang rasa sakit menjadi lebih rendah dan terasa nyeri. Rangsangan tersebut kemudian diubah menjadi sinyal listrik dan dikirimkan melalui saraf A-delta yang menyebabkan rasa sakit yang tajam dan cepat, serta saraf C yang menyebabkan rasa sakit yang tumpul dan lambat, menuju medula spinalis lalu ke otak.

Di dalam sumsum tulang belakang terjadi proses modulasi, di mana sinyal rasa sakit diperkuat atau dihambat melalui neurotransmiter seperti substansi P yang meningkatkan rasa sakit, serta endorfin dan serotonin yang membantu mengurangi rasa

sakit. Impuls kemudian sampai ke talamus dan korteks serebri untuk diartikan sebagai pengalaman sadar dalam bentuk rasa sakit (persepsi). Pada tahap ini, faktor-faktor psikologis dan emosional ikut mempengaruhi seberapa sakit rasanya nyeri yang dialami. Oleh karena itu, rasa sakit timbul karena adanya kerusakan pada jaringan tubuh, aktivitas sistem saraf, serta cara otak memahami dan merespons hal tersebut (Bahrudin, 2018).

2.2.1.6 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan berapa lama rasa sakit terasa, nyeri dibagi menjadi dua jenis yaitu: (Suwondo et al., 2017)

a. Nyeri Akut

Nyeri Akut adalah perasaan tidak nyaman yang terjadi langsung setelah terjadi kerusakan pada jaringan, kecelakaan, operasi, atau proses penyakit tertentu. Nyeri bertindak sebagai cara tubuh membela diri atau peringatan yang melindungi, yang memberi tahu bahwa ada kerusakan, sehingga seseorang cenderung menghindari gerakan atau aktivitas yang bisa memperburuk luka. Dalam bidang medis, nyeri akut biasanya disebabkan oleh hal yang terlihat, muncul mendadak, dan akan berkurang atau lenyap ketika proses penyembuhan jaringan berjalan. Tubuh merespons nyeri tajam dengan refleks melindungi seperti menarik bagian tubuh menjauh dari sumber rasa sakit, kontraksi otot, serta respons dari sistem otonom. Nyeri akut dianggap sebagai bagian alami dari proses tubuh yang normal.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang terus berlangsung lebih lama dari masa

penyembuhan yang biasa, biasanya terus-menerus selama lebih dari enam bulan. Dalam kondisi ini, rasa sakit tidak lagi bertindak sebagai tanda perlindungan, melainkan menjadi masalah kesehatan yang harus diperhatikan. Banyak kali tidak ditemukan kelainan pada jaringan yang jelas bisa menjelaskan rasa sakit yang terus-menerus. Faktor psikologis, emosional, dan sosial berperan penting dalam memperparah nyeri, sehingga penderita bisa mengalami kesulitan tidur, mengalami depresi, mengurangi aktivitas sehari-hari, hingga menurunkan kualitas hidup mereka. Nyeri kronis bisa bersifat jahat, seperti pada kanker, atau tidak jahat, seperti artritis kronis, nyeri punggung, atau nyeri yang disebabkan oleh saraf. Karena sifatnya yang rumit, mengatasi nyeri kronik membutuhkan beberapa cara yang berbeda, bukan hanya dengan obat, tetapi juga dengan cara-cara psikologis dan pemulihan kesehatan.

2.2.1.7 Penatalaksanaan Nyeri

Secara farmakologi, cara mengatasi nyeri dilakukan dengan memberikan obat penghilang nyeri. Hal ini menyatakan bahwa penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) seperti ketorolac atau jenis analgesik injeksi lainnya harus dilakukan sesuai dengan perintah dokter. Obat ini berfungsi dengan cara mengurangi pembentukan prostaglandin, sebuah zat yang terlibat dalam peradangan dan pengiriman rasa sakit, sehingga rasa sakit menjadi lebih ringan. Obat penenang diberikan secara rutin atau sesuai permintaan ibu agar rasa sakit tetap terkendali dan tidak mengganggu tidur serta kegiatan sehari-hari ibu.

Sementara itu, dalam bentuk non-farmakologis, beberapa cara yang bisa membantu mengurangi rasa sakit secara alami. Teknik yang digunakan adalah relaksasi

pernapasan dalam, yaitu menghirup napas perlahan dan mengembuskannya secara teratur untuk melembutkan ketegangan di otot serta mendorong tubuh melepaskan endorfin yang berfungsi sebagai obat sakit alami. Selain itu, digunakan teknik distraksi untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit, seperti dengan berinteraksi, berbicara, pijat, atau memfokuskan perhatian pada bayi. Pendekatan ini membantu mengurangi perhatian otak terhadap rasa sakit, sehingga sensasi nyeri terasa lebih ringan. Jurnal tersebut menunjukkan bahwa penggunaan kombinasi teknik tersebut berhasil mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan pasien setelah operasi (Hidayatullah & Noviardi, 2025).

2.2.2 Teknik Terapi Foot Massage

2.2.2.1 Pengertian Foot Massage

Foot Massage adalah cara pengobatan tanpa menggunakan obat-obatan yang dilakukan dengan memberi tekanan atau memijat bagian kaki. Terapi ini bertujuan untuk membantu pasien mengatasi rasa nyeri sendiri, atau dengan bantuan tenaga perawat (Muliani et al., 2020).

2.2.2.2 Patofisiologi

Mekanisme foot massage dalam mengurangi rasa sakit berjalan melalui beberapa cara fisik yang saling terhubung. Pertama, teknik memijat kaki dapat merangsang saraf A-Beta dan reseptor sentuhan yang banyak terdapat di area kaki—karena disana terdapat sekitar 7.000 akhir saraf. Stimulasi pada saraf A-Beta ini mengaktifkan sel interneuron penghambat yang menyebabkan aktivitas sel T terganggu dan menghambat jalur pengiriman sinyal nyeri. Karena gerbang itu tertutup, rasa sakit dari area yang dioperasi tidak bisa dikirim ke otak, jadi otak tidak merasakan atau

mengerti rasa sakit itu. Selain itu, foot massage juga membuat reaksi kimia di dalam tubuh, terutama dengan mendorong tubuh mengeluarkan endorfin, yaitu zat alami yang bisa membuat kita tenang dan nyaman, seperti efek morfin. Tindakan pemijatan ini juga membuat tubuh melepas zat kimia lain seperti serotonin dan dopamin yang membantu pasien merasa lebih rileks, sehingga rasa sakit menjadi lebih ringan. Secara psikologis, rasa nyaman dari pijatan juga berperan sebagai pengalihan; ketika otak menerima rangsangan yang menyenangkan dan lebih kuat dibandingkan rasa sakit, otak akan lebih menekankan persepsi terhadap rangsangan yang menyenangkan tersebut (Muliani et al., 2020).

2.2.2.3 Cara

Cara melakukan foot massage dilakukan sekali dalam sehari. Pijatan diberikan sekitar 15 menit, Perawat memberi massage pada kaki pasien setelah operasi dan 5 jam setelah pemberian obat. Teknik tersebut menggunakan tekanan pada titik-titik saraf di kaki untuk membantu mengalirkan darah lebih lancar dan mendorong rasa tenang serta rileks. Intervensi dilakukan sebelum memberikan obat penghilang rasa sakit agar tidak memengaruhi hasil pengukuran keefektifan pengobatan (Muliani et al., 2020).