

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Terapi *Foot Massage*

Penelitian Yopi, (2021) “Terapi Foot Massage Terhadap Nyeri Post Sectio Casarea” dengan hasil yang didapatkan *foot massaage* yang dilakukan selama 20 menit efektif mengurangi nyeri post sectio caesarea. Penelitian oleh Rumandani, (2023) dengan judul “Terapi *Foot Massage* untuk mengurangi Nyeri Post Partum Sactio Caesaria di ruang Felamboyan Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo” didapatkan Hasil penelitian asuhan keperawatan Ny. F mendapatkan prioritas masalah diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka pasca Op SC) (D0077). Telah ditetapkan sebelumnya Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dengan kode I.08238 dengan tambahan terapi pijat kaki non farmakologi. Kesimpulannya adalah hasil evaluasi yang dilakukan selama 3 hari nyeri akut terkait agen cedera fisik (luka pasca Op SC) telah teratasi.

Penelitian dengan judul “Terapi Foot Massage Terhadap Nyeri Post Sectio Casarea” menyimpulkan bahwa dari hasil pencarian yang didapatkan dari jurnal yang di review, dianalisis, dan disimpulkan mendapatkan kesimpulan bahwa terapi foot massage yang dilakukan selama 20 menit efektif dapat mengurangi nyeri post sectio caesarea (Prawatiwi,dkk 2021). Penelitian Damayanti,dkk,(2023) dengan judul “Penerapan terapi *foot massage* untuk mengurangi nyeri pada pasien *post sectio casarea* di RS PKU Muhammadiyah

Karanganyar”, menyimpulkan hasil kedua responden sebelum dan sesudah dilakukan foot massage mengalami penurunan skala nyeri dari kategori sedang menjadi ringan. Penelitian Savitri, (2023) dengan judul penelitian “Penerapan *Foot Massage* pada Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post *Section Caesarea* (SC)” dengan hasil asuhan keperawatan dilakukan selama 2 hari mulai dari pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa, pembuatan rencana intervensi, implementasi hingga evaluasi. Peneliti menerapkan penatalaksanaan manajemen nyeri seperti menjelaskan serta mengajarkan cara penanganan nyeri yaitu dengan foot massage serta melakukan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengatasi nyeri. Tindakan tersebut menunjukkan dapat merubah skala nyeri yang dirasakan Ny. J di skala 6 menurun menjadi skala 4, Pasien mengatakan masih nyeri tapi nyerinya agak berkurang dibandingkan hari pertama setelah operasi

Penelitian Sari, (2020) dengan judul penelitian “*Foot Massage reduce post operation pain section caesare at post partum*” Responden dilakukan Pijat kaki selama 20 menit selama 2 hari. Didapatkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh klien pasca operasi caesar berada pada skala nyeri 6 sebelum pijat kaki dan hampir separuhnya memiliki skala nyeri 3 setelah pijat kaki dan diperoleh $p\text{-value} = 0,000$ sehingga disimpulkan ada hubungan yang bermakna. pengaruh foot massage terhadap skala nyeri pada klien pasca operasi caesar. Diharapkan pihak rumah sakit dapat menjadikan pijat kaki sebagai salah satu alternatif penatalaksanaan non farmakologi dalam penatalaksanaan nyeri

2.2 Definisi

2.2.1 Post Sectio Caesarea dengan Preeklampsia

Preeklampsia merupakan sindroma spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel, yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang, sampai dengan berat, dan dapat berlanjut menjadi eklampsia (Laeloneh, 2018).

2.2.2 Etiologi

Adapun faktor risiko terjadinya preeklampsia diantaranya: memiliki riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, hamil pada usia diatas 35 tahun atau kurang dari 18 tahun, kehamilan pertama, dan kehamilan kembar (wang *et al*, 2018).

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Preeklampsia post partum yaitu diawali adanya penambahan berat badan meningkat, kemudian pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan, lalu akhirnya proteinuria. Sedangkan gejala umum preeklampsia adalah gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, nyeri kepala, mual dan muntah (Bothamley & Boyle, 2017)

2.2.4 Komplikasi

Preeklampsia post partum tidak cepat ditangani dapat mengancam jiwa diantaranya adalah *Sindrom Hemolysis Elevated Liver Enzymes*

Low 8 Platelets, Hemolyssi adalah tingginya enzim hati dan rendahnya trombosit, menyebabkan terjadinya kelebihan cairan di paru-paru, mempengaruhi fungsi otak dan dapat menyebabkan kejang, hingga menyebabkan kerusakan permanen pada mata, hati, dan ginjal

1) Bagi Ibu

- a. Sindrom HELLP (Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count), adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver, dan rendahnya jumlah trombosit.
- b. Eklamsia, preeklamsia bisa berkembang menjadi eklamsia yang ditandai dengan kejang-kejang.
- c. Penyakit kardiovaskular, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklamsia.
- d. Kegagalan organ, preeklamsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti, paru, ginjal, dan hati.
- e. Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan untuk pembekuan darah, atau sebaliknya, terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.
- f. Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami perdarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah, dan juga

karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan preeklampsia lebih ditekankan pada pencegahan kejang dan pengontrolan hipertensi. Pemberian anti kejang Magnesium sulfat ($MgSO_4$) merupakan pilihan pertama dalam tatalaksana preeklampsia berat. Penatalaksanaan hipertensi dan pencegahan kejang dapat menurunkan risiko komplikasi. Pemberian obat anti hipertensi yang direkomendasikan ialah nifedipin sebanyak 10 mg diberikan setiap 20 menit sampai tekanan darah turun mencapai 25% dari mean arterial pressure (MAP) (Andalas,dkk, 2017)

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Preeklampsia dapat menyebabkan kematian pada saat kehamilan, persalinan maupun post partum. Pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk :

1. Pemeriksaan protein urin sebagai kriteria diagnostik untuk preeklampsia
2. Pemeriksaan darah lengkap
3. Pemeriksaan trombosit, LDH dan AST

4. Tes fungsi hati

2.2.7 Tahap post partum

Tahapan post partum terdiri dari Immediate Post Partum (setelah plasenta lahir 24 jam), Early Post Partum (24 jam – 1 minggu) Late Post Partum (1 minggu – 6 minggu) (Wahyuningsih, 2019).

2.2.8 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. perubahan sistem reproduksi

1) involusi uterus

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas adalah involusi. Pengertian involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil.

2.1 Tabel

Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak terapa diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Khotimah, 2018

2) serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal (Wahyuningsih, 2020).

3) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur (Astutik, 2015).

4) Pengeluaran lochea

a) Lochea rubra (Cruenta), keluar pada hari 1-3 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dan desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.

c) Lochea serosa, keluar pada hari ke 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum dan lebih sedikit darah, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.

d) Lochea alba, keluar sejak 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

5) Perineum

a) Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur.

b) Pada masa nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil

b. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Temperatur suhu kembali ke normal ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$)

2) Nadi

Setiap denyut nadi diatas 100x/menit selama masa nifas adalah abnormal. Denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Pada minggu ke 8 sampai ke 10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

3) Pernapasan

Pernapasan harus berada dalam rentang normal sebelum melahirkan.

4) Tekanan darah

Tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsia post partum (Sari & Khotimah, 2018).

c. Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada hari postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat

d. Perubahan sistem pencernaan

Ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang

berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir.

e. Perubahan sistem perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pasca partum. Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil.

2.2.9 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis pada ibu nifas yaitu Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Ibu menderita dalam kebisuannya sehingga menimbulkan stress karena kemarahan terhadap situasi.

2.2.10 Patofisiologi post partum Sectio Caesarea dengan Preeklampsia

Seseorang yang baru saja menjalani operasi karena adanya nyeri akan cenderung untuk bergerak lebih lambat. Rasa sakit akan membuat klien enggan untuk menggerakkan badanya, apalagi turun dari tempat tidur. Klien pasca Sectio Caesarea di ruang pemulihan, saat klien sadar dari anastesi umum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. (Ruwayda, 2015).

Setelah persalinan Sectio Caesarea, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan Sectio Caesarea yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu memilih tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah. Hal ini yang membuat ibu tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan personal hygiene seperti aktivitas mandi (Atoy *et al.*, 2019).

Setelah dilakukan Sectio Caesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit. (Aspiani, 2017).

2.3 Konsep Resiko Perfusi Tidak Efektif

2.3.1 Pengertian

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak yang dapat mengganggu kesehatan. Risiko perfusi perifer tidak efektif adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (PPNI, 2017).

2.3.2 Faktor Resiko

Hipertensi, efek samping prosedur (misalnya pembedahan), kelainan waktu protrombin dan/atau waktu tromboplastin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksoma atrium, dan tumor otak (PPNI, 2017).

2.4 Konsep *Foot Massage*

2.4.1 Pengertian

Menurut Marselina,dkk (2022) massage adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan perubahan posisi sendi guna menurunkan menurunkan nyeri, menghasilkan menghasilkan relaksasi, relaksasi, dan/atau meningkatkan sirkulasi. Gerakan-gerakan dasar meliputi : gerakan memutar yang dilakukan oleh telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong kedepan dan kebelakang menggunakan tenaga, 15 menepuknepuk, memotong-motong, meremas-remas, dan gerakan meliukliuk.

2.4.2 Manfaat

Foot massage bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah cedera kaki dan pergelangan tangan, mengurangi depresi dan kecemasan, mengobati sakit kepala dan migren, menurunkan tekanan darah tinggi, mengurangi efek edema dan nyeri pada ibu hamil, mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur (Agustin,dkk,2021).

2.4.3 Prosedur

Pelaksanaan foot massage dapat dilakukan pada 24-48 jam post oprasi setelah 5 jam pemberian injeks katerolak, foot massage dilakukan dengan durasi waktu pemberian 10-20 menit dengan durasi pemberian 1-2 kali sehari. Adapun langkah-langkah melakukan foot massage adalah sebagai berikut:

- a. Bebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki.
- b. Baluri kaki dengan minyak ensensial/ beby oil di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (massage)
- c. Lakukan pijatan dengan teknik effleurage (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan patrisage (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat)
- d. Tahapan pertama massage pada tingkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2-5 menit
- e. Tahapan kedua massage tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2-5 menit
- f. Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2-5 menit
- g. Massage otot telapak tangan selama 2-5 menit
- h. Lakukan pijatan pada kaki satunya
- i. Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissu

2.5 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial, namun nyeri bersifat subyektif dan sangat individual. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya (Suwondo dkk, 2017).

- a. Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitannya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui.
- b. Kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan.

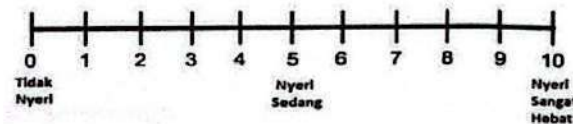
2.5.1 Penilaian Nyeri

Penilaian nyeri diantaranya adalah melakukan penilaian terhadap intensitas dan penentuan tipe nyeri sangat penting karena menyangkut jenis pengobatan yang sesuai yang sebaiknya diberikan terutama terapi farmakologis. Beberapa alat ukur yang sudah umum dipakai untuk mengukur intensitas nyeri adalah Visual analogue scale (VAS) atau Numeric Pain Scale (NPS) dan membedakan tipe nyeri antara lain adalah ID Pain Score dan Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms Score (LANSS) (Suwondo dkk, 2017).

- 1) Intensitas nyeri
- 2) Lokasi nyeri

- 3) Kualitas nyeri, penyebaran dan karakter nyeri
- 4) Faktor-faktor yang meningkatkan dan mengurangi nyeri
- 5) Efek nyeri pada kehidupan sehari-hari
- 6) Regimen pengobatan yang sedang dan sudah diterima
- 7) Riwayat manajemen nyeri termasuk farmakoterapi, intervensi dan respon terapi
- 8) Adanya hambatan umum dalam pelaporan nyeri dan penggunaan analgesic

Numeric rating scale



Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata (Maryunani, 2014). Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala

0-10: Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. 7-9 : Nyeri berat Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat. Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Purba, 2019).

2.6.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Identitas klien meliputi (Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil). Identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien)

2. Keluhan Utama saat di kaji Keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015), keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST:

P = Paliatif/Propokatif Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum dengan tindakan section

caesarea biasanya klien mengeluh nyeri dirasakan bertambah apabila pasien banyak bergerak dan dirasakan berkurang apabila klien istirahat.

Q = Quality/Quantity Yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti di iris-iris.

R = Region/Radiasi Yaitu menunjukan lokasi nyeri, dan penyebarannya. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya klien mengeluh nyeri pada daerah luka jahitan di abdomennya.

S = Severity/ Skala Yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan seberapa besar gangguannya yang diukur dengan skala nyeri 0-10.

T = Timing Yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensi kejadian keluhan tersebut. Pada post partum dengan tindakan sectio caesarea biasanya mengeluh nyeri yang dirasakannya hilang timbul dengan frekuensi yang tidak menentu.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Ibu dengan tindakan sectio caesarea sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

4. Riwayat ginekologi dan Obstetric:

a. Riwayat ginekologi pada pasien post sectio caesarea yaitu riwayat menstruasi, riwayat persalinan, riwayat keluarga berencana.

b. Riwayat obstetric pada klien post sectio caesarea meliputi:

1) Riwayat Kehamilan Riwayat kehamilan meliputi :

- Riwayat Kehamilan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala factor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman & Charles, 2018)

- Riwayat kehamilan sekarang Usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya

2) Riwayat Persalinan Riwayat persalinan meliputi :

- Riwayat Persalinan Dahulu Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum ekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2018).

- Riwayat Persalinan Sekarang Meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau

vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Cathy, 2018).

3) Riwayat Nifas Riwayat Nifas Meliputi :

- Riwayat Nifas Dahulu Meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya
- Riwayat Nifas Sekarang Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).

4) Pemeriksaan fisik Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien yang meliputi :

a) Keadaan Umum

Hasil pengamatan akan perawat laporkan dengan kriteria baik jika klien memperhatikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Dapat juga dilaporkan dengan kriteria lemah jika ia kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta klien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri. Pada pemeriksaan ini juga dikaji kesadaran biasanya menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) Eye :4 Motoric :6 Verbal :5 (Widiastini, 2018). pada pasien post SC dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung pulih secara bertahap,

sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.

b) Tanda-tanda Vital

Mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital biasanya tekanan darah normal adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak. Selain itu, nadi cenderung normal atau lebih cepat. Ada respirasi biasanya normal atau dapat juga lebih lambat yang disebabkan ibu sedang dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 36 C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38.0 oC maka perlu diwaspadai adanya infeksi.

c) Antropometri

Mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan.

5) Pemeriksaan Fisik Head to Toe Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien post operasi sectio caesarea adalah

a) Kepala Perhatikan distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi

b) Wajah

Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum. Biasanya pada pasien post partum adanya edema dan kloasma gravidarum.

c) Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadangkadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

d) Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

e) Hidung

Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung

f) Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan.

g) Leher

Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid dan limfe, apakah nyeri saat menelan. Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

h) Dada

Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung regular S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih

terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur. Payudara Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakkan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan. Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat.

i) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, striae, bunyi bising usus, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan keadaan luka operasi. Lembek atau lunak dan kendur, terdapatnya luka operasi sectio caesarea tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm di bawah pusat setelah 3 hari, terasa keras. Pada pasien post SC biasanya timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas Post sectio caesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu Post sectio caesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.

j) Genitalia

Umumnya pada ibu post sectio caesarea dipasang dower kateter. Kaji kebersihan vagina dan lochea. Pengeluaran darah campur lendir,

pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak.

k) Anus

Kaji kebersihan, apakah ada benjolan haemorroid.

l) Ekstremitas

Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien.

Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema

6) Pola Aktivitas Sehari – hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah et al. 2019), meliputi :

1. Pola Nutrisi

a) Makan Pada ibu post sectio caesarea akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat sectio caesarea.

b) Minum Menanyakan kepada klien tentang pola minum, antara lain frekuensi ia minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum. c) Pola eliminasi

Membandingkan pola eliminasi klien mampu meliputi BAB dan BAK selama hamil dan ketika setelah melahirkan di rumah sakit. Pola eliminasi BAB menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB. Pola eliminasi BAK menjelaskan frekuensi, jumlah, warna, dan keluhan saat BAK. Biasanya terjadi penurunan karena faktor psikologis dari ibu yang

masih merasa trauma, dan otot-otot masih berelaksasi. Pada pasien post SC biasanya terpasang dower kateter, kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Defekasi spontan mungkin baru terjadi setelah 2-3 hari post part

d) Untuk istirahat malam,

rata-rata waktu yang diperluan adalah 6- 8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan sectio caesarea.

e) Personal hygiene

Biasanya kondisi pada ibu setelah melahirkan dengan sectio caesarea yaitu dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga dalam melakukan perawatan diri masih dibantu.

f) Aktivitas

Pada pasien post SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

7) Data Psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita post partum dengan sectio caesarea yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami baby blues.

8) Kebutuhan Bounding Attachment Mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori.

9) Analisa data

Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif dan pedoman pada teori Abraham Maslow yang terdiri dari:

- 1) Kebutuhan dasar atau fisiologis
- 2) Kebutuhan rasa nyaman
- 3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang
- 4) Kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Menurut SDKI 2017 Diagnosa Keperawatan untuk klien dengan Post Sectio Caesarea atas indikasi preeklampsia, kemungkinan Diagnosa yang muncul adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia

iritan), Agen pencedera Fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, prosedur operasi, traum, latihan fisik berlebihan. (D.0077)

2. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis, efek prosedur infasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan (D.0142)

3. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada neonatus, anomali payudara ibu, ketidakadekuatan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks menghisap bayi, payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar, tidak rawat gabung, kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui,

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, efek agen farmakologis, kecemasan (D.0054)

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskulokeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis/ psikotik, penurunan motivasi/ minat.(D.0109)

6. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi kehamilan, komplikasi pasca partum, tindakan pembedahan, proses keganasan, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdaraha, proses keganasan (D.0012)

7. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan.

1. Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut b.d agen pencedra fisik (D.0007)

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat nyeri berkurang.

Kriteria hasil :

- Pasien melaporkan keluhan nyeri berkurang
- Keluhan nyeri meringis menurun
- Pasien menunjukkan sikap protektif menurun.
- Pasien tidak tampak gelisah.

Intervensi dan Rasional : Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : Mengetahui lokasi, karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- Identifikasi skala nyeri

Rasional : Tingkat nyeri yang dirasakan klien dan berapa skala nyeri nya dapat diketahui dengan cara mengidentifikasi skala yang nyeri yang dirasakan klien

- Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional : Respon yang diberikan secara non verbal dan mengetahui apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri

-Monitor efek samping penggunaan analgetik

-Rasional : efek samping penggunaan analgetik dapat dipantau atau segera diketahui jika terjadi hal yang tidak diinginkan

Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologi

Rasional : teknik nonfarmakologi dapat membantu proses penyembuhan dan mengurangi nyeri pada klien

- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

Rasional : Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat memperingan dan mempercepat proses penyembuhan pada klien

- Fasilitasi istirahat tidur

Rasional : istirahat yang cukup pada klien dapat mempercepat proses penyembuhan pada klien

Edukasi

- Anjurkan teknik nonfarmakologi

Rasional : Teknik nonfarmakologis salah satu yang diambil dalam penelitian ini yaitu *foot massage* tujuannya untuk mengurangi rasa nyeri pada klien.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : penggunaan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada klien, jika diperlukan

2. Diagnosa : Resiko Infeksi

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu tertentu diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil :

- Tidak ada tandan –tanda infeksi (Demam, Nyeri, Kemarahan dan Bengkak).

- Kadar sel darah putih membaik.

Intervensi dan Rasional : Pencegahan infeksi

Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Rasional : mengetahui tindakan yang akan dilakukan, memonitor

kerentanan terhadap infeksi

Terapeutik

- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan

lingkungan pasien.

Rasional : mengurangi terjadinya infeksi dan agar bakteri, kuman ata

virus yang terdapat ditangan dapat hilang dan tidak ikut menyebar

- Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

Rasional : menghindari kuman yang menyebar lewat udara

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : memberikan pengetahuan dan edukasi penanganan segera apabila klien merasakan salah satu gejala dan tanda dari infeksi

- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Rasional : mencuci tangan dengan benar dapat mengurangi salah satu jalan masuknya bakteri melalui jari-jari tangan

- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi.

Rasional : Memeriksa luka dapat segera mengidentifikasi bila terjadinya infeksi

- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Rasional : Menjaga asupan nutrisi agar tetap terpenuhi

3. Diagnosa : Menyusui Tidak Efektif

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :

- Asi keluar banyak
- Bayi mampu melekat pada payudara ibu
- Hisapan bayi meningkat
- Bayi tidur setelah menyusui

Intervensi dan Rasional : Edukasi Menyusui (I.12393)

Observasi

- Monitor kemampuan ibu untuk menyusui

Rasional : mengetahui sejauh mana ibu mengetahui cara pemberian dan posisi yang nyaman ketika bayi menyusui

- Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Rasional : memberikan motivasi kepada ibu agar selalu menyusui bayinya

Terapeutik

- Dampingi ibu selama kegiatan menyusui

Rasional : memantau apakah letak ibu saat menyusui sudah benar dan tepat serta nyaman

- Diskusikan masalah selama menyusui (mis nyeri, bengkak payudara, lecet pada putting)

Rasional : mengetahui segera apakah ada masalah nyeri, bengkak payudara atau lecet saat ibu menyusui

- Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga

Rasional : melibatkan keluarga dan suami bisa menjaga ibu agar tetap senang dan juga merasa aman

Edukasi

- ajarkan pelekatan yang benar

Rasional : mengajarkan pelekatan saat menyusui bayi bisa memberikan rasa nyaman dan juga dapat memperlancar pengeluaran asi

- ajarkan ibu mengenali tanda-tanda bayi siap menyusui

Rasional : mengetahui sejauh mana ibu mengenal tanda-tanda bayi siap menyusui

- ajarkan perawatan payudara post partum (mis memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

Rasional : perawatan payudara sangat dianjurkan

4. Diagnosa : Gangguan mobilitas fisik

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- pergerakan ekstremitas meningkat
- kekuatan otot meningkat
- rentang gerak ROM meningkat
- nyeri menurun
- kecemasan menurun
- kaku sendi menurun
- gerakan terbatas menurun
- kelemahan fisik menurun

Intervensi dan Rasional : Dukungan Ambulasi (I.06171)

Observasi

- identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional : mengetahui dengan cepat jika terdapat nyeri atau keluhan fisik lainnya

- identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional : toleransi fisik melakukan pergerakan yang dapat mengganggu aktifitas dan menimbulkan nyeri

- monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi

Rasional : mengidentifikasi frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi yang dilakukan pasien

- monitor keadaan umum sebelum mobilisasi

Rasional : mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : membantu mengurangi beban klien saat akan mobilisasi

- fasilitasi melakukan pergerakan

Rasional : memfasilitasi melakukan pergerakan agar mempermudah klien

- libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan

Rasional : melibatkan pasien saat penyembuhan dapat mempercepat dan dapat memotivasi klien lebih semangat

Edukasi

- jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional : mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi

- anjurkan melakukan mobilisasi

Rasional : melakukan mobilisasi dapat mempercepat penyembuhan klien

- ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Rasional : mobilisasi sederhana yang dilakukan bisa dengan duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya.

5. Diagnosa : Defisit perawatan diri

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan diharapkan Perawatan Diri meningkat dengan Kriteria hasil:

- Kemampuan mandi meningkat
- Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat
- Minat melakukan perawatan diri meningkat

Intervensi dan Rasional : Dukungan Perawatan Diri (1.11348)

Observasi :

- Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

Rasional : mengidentifikasi aktivitas perawatan diri sesuai usia dan mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien

- Monitor tingkat kemandirian

Rasional : mengetahui sampai mana kemandirian klien

Terapeutik :

- Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)

Rasional : mempermudah klien ketika akan menggunakan keperluannya

- Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

Rasional : mencegah bila terjadi hal yang tidak diinginkan

Edukasi :

- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Rasional : melihat sejauh mana klien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten

6. Diagnosa : Resiko perdarahan

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :

- Kelembapan membran mukosa meningkat

- Kelembapan kulit meningkat

- Kognitif meningkat

- TTV membaik

Intervensi dan Rasional : Perawatan pasca persalinan

Observasi

- Monitor tanda-tanda vital

Rasional : mengetahui perubahan tanda – tanda vital

- Monitor keadaan loka (mis, warna, jumlah, bau, dan bekuan)

Rasional : mengetahui perubahan warna, jumlah dan bau

- Monitor nyeri

Rasional : mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien

- Monitor status pencernaan

Rasional : mengetahui apakah ada gangguan pencernaan pada klien

- Monitor tanda homan

Rasional : mengetahui tanda-tanda homan seperti edema,nyeri saat

dipalpasi

- Identifikasi kemampuan ibu merawat bayi

Rasional : mengetahui sejauh mana ibu bisa merawat bayinya

- Identifikasi adanya masalah adaptasi psikologis ibu postpartum
 Rasional : mengetahui segera jika terjadi perubahan adaptasi psikologis pada ibu
 Terapeutik
- Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan
 Rasional : tidak mengganggu proses pemeriksaan
- Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini
 Rasional : meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur
- Berikan kenyamanan pada ibu
 Rasional : kenyamanan pada ibu akan meningkatkan keamanan yang dirasakan oleh ibu
 Edukasi
- Ajarkan perawatan perineum yang tepat
 Rasional : perawatan perineum yang tepat akan mengurangi infeksi
- Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis
 Rasional : mengatasi nyeri secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan relaksasi nafas dalam
 Kolaborasi
 Rujuk ke konselor laktasi, jika perlu
 Rasional : membantu mensukseskan dan menjaga proses menyusui

7. Diagnosa : Resiko perfusi serebral

Luaran : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama waktu yang telah ditentukan maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :

- sakit kepala menurun
- gelisah menurun
- TD dalam batas normal

Intervensi dan Rasional : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional : mengetahui segera jika terjadi perubahan dan peningkatan TIK

- Monitor intake output cairan

Rasional : mengetahui jumlah output cairan klien

- Monitor status pernapasan

Rasional : mengetahui perubahan pernapasan klien

Terapeutik

- Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional : lingkungan yang tenang dapat membuat klien merasa nyaman

- Berikan posisi semi fowler

Rasional : posisi semi fowler akan mengurangi rasa nyeri dan memperlancar pernapasan

- Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : mempertahankan suhu tubuh agar klien tetap dalam batas normal

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu

Rasional : sebagai terapi anti kejang

2.5.4 Implementasi

Kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Foot massage bermanfaat untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah cedera kaki dan pergelangan tangan, mengurangi depresi dan kecemasan, mengobati sakit kepala dan migren, menurunkan tekanan darah tinggi, mengurangi efek edema dan nyeri pada ibu hamil, mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas tidur (Agustin,dkk,2021).

Relaksasi adalah metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dimana perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas

lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Susilawati, 2022).

2.5.5 Evaluasi

Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap Evaluasi merupakan tahap perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).