

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea

SC merupakan suatu tindakan pembedahan diperuntukkan untuk melahirkan anak dalam kandungan dengan sayatan pada abdomen dan uterus (Siswati Aliwu et al, 2024). Persalinan ini merupakan salah satu jenis operasi dilakukan ketika persalinan secara normal tidak memungkinkan karena suatu hal yang dapat mengancam nyawa pada ibu dan bayi (Sumantri & Fitri, 2022). Operasi saesar adalah metode melahirkan buatan bertujuan mengeluarkan janin dari pembedahan dengan keadaan utuh yang mana berat janin lebih dari 500 gram atau ketika usia kandungan diatas 28 minggu (Sugito et al., 2023).

2.1.2 Tujuan Sectio Caesarea

SC adalah prosedur bedah yang dilaksanakan dengan metode membuat insisi rahim melalui dinding abdomen. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk memperkecil potensi yang mungkin dialami oleh ibu dan janin selama kehamilan atau kelahirannya dan menjamin kesehatan dan kelangsungan hidup keduanya. SC dilakukan sebagai langkah preventif untuk adanya potensi masalah yang mungkin muncul secara spontan atau pervaginam sebagai meminimalkan keguguran (Luh Putu et al., n.d. 2021).

2.1.3 Etiologi Sectio Caesarea

Menurut (Amanda, 2020)mengatakan bahwa etiologi tindakan operasi SC ada dua, yaitu:

1. Etiologi berasal dari ibu

Etiologi dari ibu merupakan ketika kehamilan pertamanya diusia tua dengan kelainan pada letak janin, terdapat disporosi (janin/panggul) sefalo pelvik, riwayat persalinan dan melahirkan tidak baik, adanya penyempitan panggul, letak plasenta yang menutupi jalan lahir khususnya pada kehamilan pertama, solusio plasenta tingkat I-II, masalah kehamilan seperti tekanan darah tinggi pada kehamilan dan kejang akibat preeklamsia, kehamilan yang latar belakang riwayat penyakit (jantung, diabetes mellitus) dan masalah pada perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dll).

2. Etiologi berasal dari janin

Akibat dilaksanakan operasi saesar yang disebabkan oleh bayi dalam kandungan diantaranya karena kondisi gawat pada janin, kelainan letak janin, sungsang, tali pusat keluar sebelum bayi dengan pembukaan serviks yang kecil, gagalnya ekstraksi vakum atau ekstraksi dengan forceps.

2.1.4 Indikasi Sectio Caesarea

Menurut (Safitri, 2020) terdapat indikasi untuk melakukan operasi SC yaitu:

1. Umur berisiko

Umur ibu salah satu penyebab indikasi relatif pada persalinan SC. Ibu yang melahirkan pada usia lanjut berpotensi untuk tidak bisa melahirkan secara normal atau pervaginam. Usia reproduksi sehat dan tidak berisiko untuk seorang perempuan yang hamil dan melahirkan rentan diantara umur 20-35 tahun. Perempuan yang mengandung diusia muda (kurang dari 20 tahun) dari sisi biologis pertumbuhan organ reproduks belum sepenuhnya optimal. Dari aspek psikologis pun juga belum siap dalam menempuh tuntunan tanggung jawab

moral dan perilaku emosional. Sementara itu, pada umur lebih dari 35 tahun, kelenturan pada otot panggul dan area sekitar juga organ reproduksinya mengalami penurunan, terkadang adanya penyakit pada usia penuaan seperti hipertensi yang dapat berpotensi kearah preeklamsia dan jika pada perempuan diumur sekitar 35 tahun keatas memungkinkan terjadinya kelelahan ketika dilakukan melahirkan secara normal.

2. Riwayat SC

Riwayat SC adalah alasan relatif. Ibu yang melakukan persalinan dengan riwayat SC tidak dapat melakukan persalinan secara normal. Pada umumnya, ibu yang melahirkan pertama kali dengan proses SC kemudian pada persalinan selanjutnya kemungkinan dilakukan proses SC lagi. Namun, keputusan ini tergantung pada indikasi yang ada, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat diperbaiki pada persalinan berikutnya, ataukah bersifat absolut yaitu kondisi yang tetap ada dan tidak dapat dikendalikan, seperti pada kasus panggul sempit.

3. Partus Tidak Maju

Ibu yang akan melakukan persalinan dan mengalami partus tidak maju harus menghadapi pilihan dilakukannya operasi SC secara *emergency*. Salah satu cara lain yang bisa dilakukan ketika partus tak maju adalah melakukan aktivitas senam ibu hamil pada masa kehamilan. Senam hamil dapat berguna ketika insiden partus tak maju dapat ditekan secara optimal yang berpotensi memberikan pelepasan otot pada ibu.

4. Posdate (usia kandungan lebih dari perkiraan lahir)

Kehamilan posdate merupakan masa hamil yang melebihi perkiraan kelahiran yang berlangsung lebih dari 40 minggu ditambah satu atau lebih. Risiko posdate dapat lima kali lipat dengan ibu hamil pertama kali. Dengan hal itu, kehamilan pertama, peningkatan usia ibu dan kelebihan berat badan tersebut faktor potensi utama untuk kehamilan posdate.

5. Induksi Gagal

Induksi gagal didefinisikan kurang berhasilnya persalinan timbul dalam satu fase pengobatan, alternatif lain kejadian induksi gagal dengan cara melanjutkan induksi atau menjalani operasi SC.

6. Kelainan ketuban (Ketuban Pecah Dini/KPD)

Ketuban pecah dini adalah insiden yang sebelum proses melahirkan janin, ketuban pecah karena tekanan rahim meningkat atau kekuatan membran menurun. Pada waktu air ketuban habis maka kondisi tersebut perlu segera janin dilahirkan karena kemungkinan mengakibatkan fetal distress yang membahayakan janin.

7. Riwayat Penyakit

Seorang ibu yang sedang hamil memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, preeklamsi/eklamsi, HIV/AIDS tergolong dalam golongan ibu risiko tinggi untuk mengalami tindakan operasi sectio caesarea. Berdasarkan beberapa riwayat penyakit, kasus preeklamsi/eklamsi adalah rujukan operasi SC.

8. Gawat Janin

Gawat janin merupakan jika detak jantung janin lebih dari 160 kali per menit atau kurang dari 100 kali per menit keluarnya mekonium (feses pertama bayi) yang kental di awal persalinan atau ketika detak jantung janin tidak beraturan. Pada dasarnya detak jantung janin yang normalnya berkisar diantara 120-160 kali per menit. Akibat dari gawat janin dapat bermacam-macam seperti preeklamsi/eklamsi, infeksi, partus lama, dll. Kejadian tersebut harus segera ditangani dengan tindakan operasi SC.

9. Indikasi Sosial

Indikasi sosial mengacu pada APS (atas permintaan sendiri) pada umumnya ini dilakukan atas permintaan pasien yang merasa takut dan ansietas untuk melahirkan secara normal, akan tetapi tindakan ini seharusnya bukan alasan medis untuk dilakukannya SC. alasan yang jelas dan logis perlu dievaluasi dan dibahas, sebagian ibu yang memilih dilakukan untuk melahirkan secara sectio caesarea seperti: ibu yang pernah mengalami pengalaman persalinan sebelumnya, ibu yang meminta atas pilihannya sendiri karena takut mengalami cedera atau kesulitan bernafas saat proses kelahiran, meskipun demikian keputusan yang diambil oleh pasien harus dihormati, serta sebaiknya diberikan alternatif metode persalian lainnya.

2.1.5 Jenis-Jenis Insisi *Sectio Caesarea*

Jenis-jenis insisi pembedahan SC menurut (Ramadanty, 2021), meliputi:

1. *Sectio Caesarea* Klasik

SC Klasik dibuat tegak lurus atau vertikal dibagian atas uterus. Tindakan bedah dikerjakan dengan sayatan yang memanjang pada bagian rahim sekitar

10 cm. Tindakan pembedahan ini tidak disarankan jika sebelumnya pernah melakukan prosedur bedah ini untuk kehamilan selanjutnya jika ingin persalinan melalui pervaginam.

2. *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

Ketika bagian bawah uterus tidak cukup tipis untuk memungkinkan insisi transversal dibuat, insisi jenis ini disebut *low cervical*. Ini adalah insisi tegak lurus atau vertikal pada segmen lebih bawah uterus. Insisi vertikal mencapai lapisan otot bawah uterus

3. *Sectio Caesarea Histerektomi*

Inisis ini merupakan tindakan operasi yang mana setelah kelahiran janin dengan metode SC, diteruskan dengan prosedur pengangkatan rahim.

4. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Tindakan ini merupakan tindakan terulang pada pasien yang pada waktu sebelumnya pernah pernah menjalani operasi *sectio caesarea*. Pada umumnya dilakukan di atas insisi yang terdahulu. Prosedur ini dilakukan pada sayatan dinding dan fasia di abdomen sementara peritoneum dipotong pada arah kepala untuk memperlihatkan bagian bawah rahim sampai memungkinkan pembukaan rahim dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Menurut (Zahroh, 2024) pemeriksaan penunjang untuk *sectio caesarea*, meliputi:

1. Hemoglobin atau hematokrit agar dapat dikaji perubahan dari kadar sebelum operasi dan meninjau efek dari kehilangan darah
2. Sel darah putih supaya untuk menentukan adanya infeksi
3. Tes golongan darah, durasi perdarahan, waktu koagulasi darah

4. Urinalisis/kultur urin
5. Pemeriksaan kadar elektrolit

2.1.7 Penatalaksanaan Post Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut (Berite Muda, 2024) penatalaksanaan post operasi SC, meliputi:

1. Analgesia

Perempuan dengan tubuh yang pada dasarnya menerima suntikan 75 mg meperidin secara IM tiap 3 jam, jika diperlukan, supaya meredakan nyeri. Pilihan lainnya, memberikan 10 mg morfin menggunakan cara yang sama.

2. Pemantauan Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital perlu dicek setiap empat jam setelah melahirkan, meliputi tekanan darah, detak jantung, jumlah urin yang dikeluarkan, banyaknya kehilangan darah, dan keadaan fundus.

3. Terapi Cairan dan Diet

Umumnya, pemberian tiga liter larutan infus ringer laktat biasanya cukup selama prosedur pembedahan dan dalam 24 jam pertama pasca operasi. Namun, apabila produksi urine per jam dibawah 30 mililiter, pasien perlu diperiksa ulang paling lambat pada hari ke dua.

4. Vesika

Kateter bisa dilepas setelah dua belas jam setelah operasi atau pada pagi hari berikutnya. Di hari pertama bising usus biasanya tidak muncul, masih terdengar lemah di hari kedua, dan umumnya mulai aktif terdengar kembali di hari ketiga.

5. Mobilisasi Dini

Pada hari pertama pasca operasi, pasien bisa bangun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan disekitarnya, sementara pada hari kedua, pasien pada umumnya dapat berjalan dan berpindah.

6. Perawatan Luka

Luka pada sayatan operasi harus diperiksa setiap harinya serta penggunaan pembalut luka yang ringan dan plester yang sedikit sangat bermanfaat. Ketika kondisi balutan luka basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti.

7. Laboratorium

Secara berkala, hematokrit diambil sampel darah dan diperiksa di pagi hari pasca operasi. Jika ada kehilangan darah yang tidak normal atau gejala lain tanda-tanda hipovolemia, hematokrit harus segera diperiksa ulang.

8. Perawatan Payudara

ASI diberikan sejak hari setelah operasi. Bila ibu memilih untuk tidak menyusui, penggunaan pembalut payudara yang memberikan sedikit tekanan dengan tidak kompresi berlebihan biasanya dapat membantu meminimalkan rasa sakit.

9. Memulangkan Pasien dari Rumah Sakit

Pasien yang baru melahirkan sebaiknya jika diizinkan pulang dari rawat inap di hari keempat atau kelima setelah operasi pada minggu pertama, aktivitas ibu harus terbatas pada perawatan bayi dengan bantuan orang lain.

2.1.8 Komplikasi Sectio Caesarea

Menurut (Juliathi et al., 2021) komplikasi yang terjadi saat dilakukan tindakan SC yaitu komplikasi jangka pendek dan jarak panjang, antara lain :

1. Komplikasi jangka pendek

1) Kematian ibu

Tindakan operasi caesar berisiko menyebabkan kematian ibu, umumnya disebabkan oleh infeksi berat (sepsis) atau komplikasi akibat anestesi.

2) Tromboemboli

Prosedur bedah caesar dapat memicu terjadinya tromboemboli, terutama pada ibu dengan kondisi obesitas, yang merupakan salah satu faktor risiko utama.

3) Perdarahan

Perdarahan bisa terjadi ketika pembuluh darah pada rahim mengalami robekan, biasanya akibat insisi yang tidak tepat saat operasi.

4) Infeksi

Infeksi merupakan salah satu komplikasi paling umum dari operasi caesar, yang dapat muncul karena pemberian antibiotik profilaksis yang tidak sesuai.

5) Cedera bedah incidental

Kantong kemih rentan mengalami cedera selama operasi caesar karena letaknya yang berdekatan dengan rahim

6) Lama rawat inap bertambah

Setelah operasi caesar, pasien umumnya membutuhkan waktu perawatan lebih lama karena perlunya evaluasi pascaoperasi, yang turut meningkatkan biaya persalinan.

7) Histerektomi

Pengangkatan rahim mungkin dilakukan jika terjadi perdarahan hebat dari rahim yang tidak merespons terhadap terapi oksitosin.

8) Nyeri akut

Setelah efek anestesi hilang, ibu biasanya merasakan nyeri intens pascaoperasi caesar. Penanganan umumnya menggunakan analgesik narkotik, namun penggunaannya harus hati-hati karena dapat berdampak pada kondisi psikologis ibu.

2. Komplikasi jangka Panjang

1) Nyeri kronis

Rasa sakit yang menetap dengan intensitas tinggi setelah operasi caesar merupakan kondisi umum yang dialami sebagian wanita, sehingga penilaian nyeri yang tepat sangat penting untuk memberikan penanganan preventif maupun kuratif guna mempercepat proses pemulihan dan mencegah nyeri berkepanjangan.

2) Infertilitas

Proses penyembuhan luka operasi caesar kadang menghasilkan jaringan parut yang abnormal, yang dapat memengaruhi kesuburan wanita setelah persalinan.

3) Kematian neonatal

Walaupun operasi caesar biasanya dilakukan untuk menyelamatkan bayi, dalam kondisi tertentu prosedur ini justru bisa menyebabkan kematian pada bayi yang dilahirkan.

4) Transient takipnea

Bayi yang lahir melalui operasi caesar berpotensi mengalami gangguan pernapasan sementara sesaat setelah lahir, akibat paru-paru yang belum berfungsi optimal untuk napas pertama.

5) Trauma pada bayi

Selama proses persalinan dengan operasi caesar, bayi dapat mengalami cedera, yang umumnya terjadi akibat sayatan bedah.

6) Ruptur uteri

Risiko robekan pada rahim lebih tinggi pada wanita yang sebelumnya telah menjalani persalinan melalui operasi caesar dibandingkan dengan persalinan normal.

2.2 Konsep Nyeri *Post SC*

2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang kerap dirasakan oleh seseorang, terutama setelah menjalani prosedur pembedahan. Keluhan ini menjadi salah satu yang paling umum disampaikan oleh pasien pascaoperasi. Setiap individu memiliki persepsi yang berbeda terhadap nyeri dan membutuhkan rasa nyaman sesuai dengan pengalaman subjektif masing-masing (Septiani & Islamiyati, 2021).

Pada prosedur operasi SC, terdapat tujuh lapisan pada dinding perut yang harus dibuka dan kemudian dijahit kembali. Proses ini seringkali menimbulkan nyeri yang cukup mengganggu di area insisi, sehingga menyebabkan ketidaknyamanan pada pasien. Nyeri yang dirasakan setelah tindakan ini tergolong sebagai nyeri akut karena berkaitan langsung dengan trauma bedah (Septiani & Islamiyati, 2021).

Nyeri pascaoperasi dapat memicu berbagai reaksi fisik maupun psikologis pada ibu yang baru melahirkan, seperti terbatasnya mobilitas, terganggunya ikatan emosional antara ibu dan bayi (bonding attachment), hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau ADL, serta kesulitan dalam melaksanakan IMD dan merawat bayi. Oleh karena itu, penting untuk mengelola nyeri secara efektif agar ibu dapat beradaptasi dengan kondisi pascaoperasi dan mempercepat proses pemulihan masa nifas (Rahayu et al., 2022).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) nyeri dibedakan menjadi 2 yaitu :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik maupun emosional yang muncul sebagai respons terhadap kerusakan jaringan, baik yang bersifat nyata maupun potensial. Nyeri ini dapat timbul secara mendadak atau bertahap, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan umumnya berlangsung kurang dari tiga bulan. Nyeri yang dialami oleh pasien pascaoperasi SC termasuk dalam kategori nyeri akut.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah suatu bentuk pengalaman sensorik maupun emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, baik yang nyata maupun fungsional. Nyeri ini bisa muncul secara tiba-tiba atau perlahan, dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat dan bersifat menetap, serta berlangsung dalam jangka waktu lebih dari tiga bulan.

2.2.3 Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri pasca operasi SC diawali oleh terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan. Proses ini memicu terjadinya sensitasi perifer, yang kemudian dapat berkembang menjadi sensitasi sentral. Sensitasi perifer ditandai dengan pelepasan berbagai mediator kimia seperti histamin, bradikinin, dan ion kalium, yang berfungsi mengaktivasi nosiseptor. Apabila rangsangan terhadap nosiseptor mencapai ambang nyeri, impuls saraf akan terbentuk dan dihantarkan melalui serabut saraf perifer.

Terdapat dua jenis serabut saraf yang berperan dalam penghantaran impuls nyeri, yaitu serabut A-delta dan serabut C. Impuls ini diteruskan menuju kornu dorsalis medula spinalis, tempat neurotransmitter seperti substansi P dilepaskan. Substansi P memfasilitasi transmisi sinapsis antara saraf perifer dan saraf traktus spinotalamik, memungkinkan impuls nyeri diproses lebih lanjut menuju sistem saraf pusat. Setelah mencapai otak, impuls ini diolah sehingga menghasilkan persepsi nyeri, serta memicu respons protektif refleks terhadap rangsangan nyeri tersebut (Theodota, 2025).

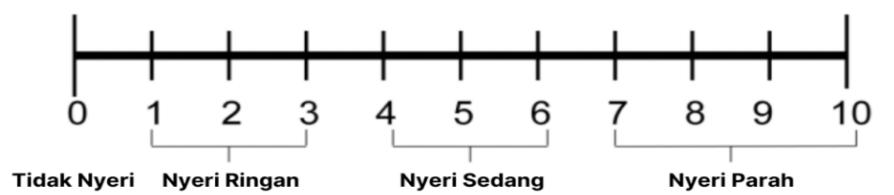
2.2.4 Faktor Penyebab Nyeri

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018), nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain :

1. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimia (terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

Skala Penilaian Numerik menggunakan NRS merupakan alat ukur nyeri yang digunakan sebagai alternatif dari pendeskripsian verbal. Dalam skala ini, pasien diminta untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakan dengan memilih angka dari 0 hingga 10, dimana angka 0 berarti “tidak merasakan nyeri sama sekali” dan angka 10 menunjukkan “nyeri paling hebat yang dapat dibayangkan”. NRS umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri, baik sebelum maupun sesudah dilakukan tindakan terapeutik. Penggunaan skala ini memudahkan pasien dalam mengungkapkan tingkat nyeri yang dirasakan karena setiap nilai pada skala disertai penjelasan mengenai karakteristik nyeri yang sesuai.



Gambar 2.1 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Keterangan :

- 1) 0: Tidak nyeri
- 2) 1-3: Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.
- 3) 4-6: Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis,menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karateristik adanya peningkatan frekuensi pernafasan , tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.
- 4) 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. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelelahan dan keletihan

- 5) 10: Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Yulendasari & Prasetyo, 2022) terdapat 2 jenis penatalaksanaan nyeri yaitu:

1. Metode Farmakologi

Metode farmakologi merupakan pendekatan pengurangan nyeri dengan menggunakan obat-obatan analgesik. Obat ini dapat diberikan melalui berbagai rute, seperti injeksi intravena, inhalasi, atau dengan cara memblokir saraf yang menghantarkan sinyal nyeri.

2. Metode Non-Farmakologis

Pemberian intervensi nyeri melalui pendekatan farmakologis umumnya dilakukan untuk membantu pasien dalam mengelola nyeri yang dirasakan secara lebih efektif. Namun, agar hasilnya lebih optimal, pendekatan ini sebaiknya dikombinasikan dengan metode non-farmakologis yaitu effleurage massage, beberapa contoh lain seperti bimbingan antisipasi, Kompres panas dan dingin, Distraksi, Relaksasi, Imajinasi Terbimbing, Aromaterapi, Massage/Pijatan.

2.3 Konsep *Effleurage Massage*

2.3.1 Pengertian *Effleurage Massage*

Pijat (*massage*) merupakan suatu teknik manipulasi jaringan lunak pada tubuh yang dilakukan secara sistematis. Teknik ini umumnya dilakukan dengan tekanan tangan yang terkontrol untuk memberikan efek terhadap sistem saraf, otot, pernapasan, sirkulasi darah, serta sistem limfatik, baik secara lokal maupun menyeluruh (Setyowati, Ta'adi, et al., 2023).

Pijat juga dikenal sebagai salah satu metode manajemen nyeri nonfarmakologis yang bertujuan membantu tubuh mencapai kondisi rileks. Terapi ini memiliki berbagai manfaat, di antaranya mengurangi rasa nyeri, menenangkan pikiran, memberikan efek relaksasi, menstabilkan sistem saraf, dan menurunkan tekanan darah (Amin et al., 2021).

2.3.2 Aspek Penting *Effleurage Massage*

Menurut Listriyani (2025) aspek penting *effleurage massage* untuk mengurangi nyeri Pasca operasi SC. *Effleurage massage* bukan sekadar sentuhan, melainkan sebuah teknik yang memiliki aspek-aspek spesifik yang berkontribusi pada penurunan intensitas nyeri. Ini adalah terapi komplementer yang bekerja melalui beberapa mekanisme penting (Listriyani, 2025) :

1. Aspek Kualitas Sentuhan Sentuhan adalah inti dari *effleurage*. Kualitas sentuhan sangat memengaruhi respons tubuh:
 - 1) Lembut dan Ritmis: Usapan harus lembut, tidak menekan dalam, dan dilakukan secara berirama (ritmis). Kelembutan ini penting agar tidak memicu nyeri lebih lanjut pada area luka yang sensitif. Ritme yang konsisten memberikan efek menenangkan pada sistem saraf.

- 2) Arah yang Tepat: Usapan biasanya dilakukan searah aliran balik vena menuju jantung. Ini membantu melancarkan sirkulasi dan drainase limfatik, yang meskipun tidak langsung mengurangi nyeri, mendukung pemulihan jaringan dan mengurangi pembengkakan yang bisa memperburuk nyeri.

2. Aspek Neurofisiologis

Ini adalah mekanisme paling langsung dalam pengurangan nyeri:

- 1) Aktivasi Serabut Saraf A-Beta (Teori Gate Control): Seperti yang sudah dibahas, usapan lembut effleurage massage secara spesifik mengaktifkan serabut saraf berdiameter besar (A-beta fibers) di kulit. Serabut ini menghantarkan sensasi sentuhan non-nyeri. Ketika impuls dari A-beta fibers mencapai sumsum tulang belakang, mereka secara efektif "menutup gerbang" terhadap sinyal nyeri yang dihantarkan oleh serabut saraf kecil (A-delta dan C fibers). Ini berarti lebih sedikit sinyal nyeri yang berhasil mencapai otak, sehingga persepsi nyeri berkurang.
- 2) Pelepasan Endorfin dan kortisol: Sentuhan menenangkan dan stimulasi sensorik yang menyenangkan dari effleurage massage dapat memicu pelepasan endorfin dari kelenjar pituitari dan hipotalamus. Endorfin adalah opioid alami tubuh yang bekerja sebagai pereda nyeri dan peningkat mood. Pelepasan endorfin ini memberikan efek analgesik internal. Effleurage massage tidak hanya meredakan nyeri fisik melalui endorfin, tetapi juga mengatasi komponen emosional nyeri (stres, cemas) melalui penurunan kortisol.

3. Aspek Fisiologis Lainnya

Meskipun kurang langsung dalam mengurangi nyeri, efek fisiologis ini sangat mendukung kenyamanan dan pemulihan:

- 1) Peningkatan Sirkulasi Lokal : Usapan lembut membantu meningkatkan aliran darah di area yang dipijat, membawa lebih banyak oksigen dan nutrisi ke jaringan serta membantu menghilangkan produk sisa metabolisme yang dapat berkontribusi pada nyeri atau pembengkakan.
- 2) Relaksasi Otot : Sentuhan yang menenangkan dapat membantu meredakan ketegangan otot di sekitar area perut atau punggung, yang seringkali menjadi respons terhadap nyeri atau stres pasca-operasi. Otot yang rileks akan terasa lebih nyaman.
- 3) Pengurangan Edema/Pembengkakan : Dengan mendukung sirkulasi limfatik, effleurage dapat membantu mengurangi penumpukan cairan di sekitar luka, yang jika berlebihan bisa menyebabkan tekanan dan nyeri.

4. Aspek Psikologis dan Emosional

Nyeri pasca-operasi seringkali diperparah oleh faktor psikologis. Effleurage massage mengatasi ini dengan:

- 1) Penurunan Stres dan Kecemasan: Sentuhan manusia yang menenangkan dan berirama mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, yang mendorong respons "istirahat dan cerna". Ini secara langsung menurunkan kadar hormon stres seperti kortisol, yang pada gilirannya mengurangi kecemasan dan stres yang dapat memperburuk persepsi nyeri.
- 2) Distraksi Kognitif: Sensasi sentuhan yang menyenangkan dari pijatan mengalihkan perhatian otak dari fokus pada sinyal nyeri. Ini adalah bentuk

distraksi yang efektif, terutama untuk nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang.

- 3) Peningkatan Rasa Kontrol dan Kesejahteraan: Ketika pasien diajarkan effleurage massage untuk dilakukan sendiri atau dibantu keluarga, ini memberikan rasa kontrol atas nyeri mereka. Rasa perhatian dan sentuhan juga dapat meningkatkan mood dan perasaan sejahtera secara keseluruhan, yang sangat penting untuk pemulihan mental pasca-melahirkan.

5. Aspek Implementasi (Edukasi dan Pemberdayaan)

Keberhasilan effleurage massage sebagai terapi pendukung juga bergantung pada bagaimana ia diimplementasikan:

1. Edukasi Pasien: Memberikan pemahaman yang jelas kepada pasien tentang bagaimana dan kapan melakukan effleurage massage, serta ekspektasi yang realistis tentang manfaatnya.
2. Pemberdayaan Pasien dan Keluarga: Mengajarkan teknik ini kepada pasien atau anggota keluarga yang mendampingi, memungkinkan mereka berperan aktif dalam manajemen nyeri secara mandiri di rumah.

Dengan kombinasi efek neurofisiologis, fisiologis, dan psikologis, effleurage massage memberikan pendekatan multifaset yang aman dan efektif dalam membantu mengurangi intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan ibu pasca operasi SC.

2.3.3 Teknik *Effleurage Massage*

Effleurage massage merupakan teknik pijat yang bertujuan mempercepat pemulihan nyeri melalui sentuhan tangan guna menimbulkan efek relaksasi. Teknik ini melibatkan manipulasi berupa usapan lembut dengan tekanan yang bervariasi

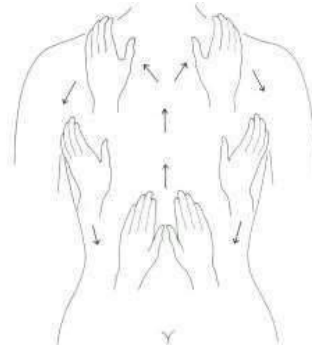
dari ringan hingga kuat, menggunakan seluruh permukaan satu atau kedua tangan. Tidak ada ukuran kekuatan tertentu yang baku untuk teknik *effleurage massage*, karena kekuatan pijatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi individu, serta area tubuh yang dipijat. Namun, dimasyarakat *effleurage massage* umumnya dilakukan sesuai dengan kebiasaan atau kondisi masing-masing individu, pemijatan dilakukan dengan tekanan yang ringan hingga sedang, serta gerakan meluncur yang lembut dan Panjang. Gerakan usapan dilakukan secara menyeluruh dengan arah menuju jantung atau mengikuti aliran pembuluh darah, sehingga memberikan efek positif terhadap sirkulasi darah. Tekanan yang diberikan membantu mempercepat aliran darah balik menuju jantung (Setyowati, Ta'adi, et al., 2023).

Effleurage massage terdiri dari gerakan usapan permukaan yang dapat bersifat dangkal maupun dalam, dan umumnya digunakan untuk membantu pengembalian cairan limfatik serta memperlancar aliran darah di ekstremitas. Terdapat tiga jenis gerakan *effleurage massage*, yaitu palm stroking yang merupakan gerakan luncur telapak, thumb stroking merupakan gerakan luncur menggunakan ibu jari, serta finger stroking yang merupakan gerakan menggunakan jari-jari. Teknik ini juga berfungsi sebagai metode untuk mengevaluasi area nyeri, gangguan jaringan lunak, serta ketegangan atau kekakuan pada kelompok otot tertentu. Menurut (Tyas, 2025) teknik relaksasi *effleurage massage* yaitu :

1. Usapan Ringan

Letakkan kedua telapak tangan pada permukaan tubuh dengan jemari yang rapat dan ujung-ujungnya agak mendongak. Saat sesekali gerakan tidak terputus, luncurkan kedua tangan ke bagian atas tubuh yang kemudian pisahkan

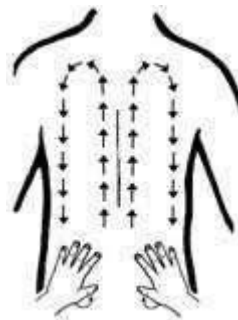
tangan dan kembali ke bagian bawah. Gerakan ini harus mengusap seluas mungkin pada permukaan tubuh



Gambar 2. 2 Teknik usapan ringan *effleurage massage*

2. Gerakan melingkar lebar

Sekali lagi, letakkan tangan mendatar dengan jemari yang rapat dan lakukan gerakan seperti berenang. Buatlah melingkar-lingkar yang saling bertumpukkan dengan kedua telapak tangan secara bergantian. Usap pada seluruh permukaan tubuh sampai bagian sisanya. Saat sampai bagian bawah gerakan kembali lagi keatas.



Gambar 2. 3 Teknik gerakan melingkar lebar *effleurage massage*

3. Mengurut seperti gelombang

Setelah mengusap ringan pada permukaan tubuh, misalnya bagian punggung, gerakan tangan turun zig-zag bergelombang menuju pada bagian tengah dari pada sisi tubuh. Usap seluas mungkin pada permukaan tubuh.

2.3.4 Efek *Effleurage Massage*

Menurut (Setyowati, Ta'Adi, et al., 2023), *effleurage massage* memiliki berbagai dampak fisiologis terhadap tubuh, antara lain:

1. Efek terhadap sirkulasi darah dan sistem limfatik

Teknik *effleurage* mampu memperlancar aliran darah dengan gerakan yang diarahkan menuju jantung, sehingga membantu pergerakan darah dalam pembuluh vena kembali ke jantung secara mekanis. Selain itu, pijatan ini juga mempercepat aliran cairan limfatik, yang berperan penting dalam membantu proses pengeluaran limbah metabolik dari tubuh.

2. Efek terhadap jaringan otot

Effleurage massage berperan dalam memperlancar proses eliminasi sisa metabolisme dalam jaringan otot yang berkaitan dengan kelelahan otot. Tekanan yang diberikan saat pijatan dapat membantu mengeluarkan darah yang mengandung limbah metabolik dari otot menuju pembuluh vena. Saat tekanan dilepaskan, darah segar yang mengandung nutrisi dan oksigen akan masuk, sehingga mengurangi kelelahan otot. Selain itu, *massage* juga membantu mengatasi ketegangan otot atau pemendekan dengan cara merangsang sistem saraf secara lembut guna mengurangi stimulasi berlebih yang memicu ketegangan.

3. Efek terhadap kulit

Teknik *effleurage massage* membantu melonggarkan jaringan ikat di bawah kulit serta menghilangkan penebalan ringan pada jaringan tersebut, sehingga meningkatkan proses penyerapan dan sirkulasi lokal di area kulit.

4. Efek terhadap sistem saraf

Massage memengaruhi sistem saraf perifer, yang terdiri dari saraf sensorik dan motorik yang menghubungkan organ internal serta rangsangan eksternal dengan sistem saraf pusat. Saraf motorik membawa sinyal dari otak dan sumsum tulang belakang menuju organ, otot, dan kelenjar. Sistem saraf perifer dibagi menjadi sistem somatik (mengontrol otot rangka) dan sistem otonom (mengontrol otot polos, jantung, dan kelenjar). Sistem otonom terbagi lagi menjadi sistem simpatis dan parasimpatis, yang bekerja secara antagonis namun saling melengkapi dalam mengatur fungsi tubuh secara optimal.

5. Efek terhadap persepsi nyeri

(Rahayu et al., 2022) menyatakan bahwa teknik *effleurage* massage efektif dalam menurunkan intensitas nyeri apabila dilakukan selama kurang lebih 10 menit. Rangsangan dari pijatan dapat merangsang pelepasan endorfin, yaitu zat analgesik alami tubuh, serta mengaktifkan serabut saraf A-beta yang besar dan cepat. Aktivasi ini dapat menutup "gerbang nyeri" di sumsum tulang belakang sebagaimana dijelaskan dalam teori gate control, sehingga transmisi impuls nyeri menuju otak terhambat, dan persepsi nyeri pun berkurang.

2.3.5 Indikasi *Effleurage Massage*

(Setyowati, Ta'Adi, et al., 2023) menjelaskan bahwa *massage effleurage* direkomendasikan dalam beberapa kondisi berikut:

1. Ketika individu mengalami kelelahan fisik yang berlebihan,
2. Terdapat otot yang terasa kaku, melekat antarjaringan, menebal, atau menimbulkan rasa nyeri,

3. Muncul gangguan pada sistem saraf atau adanya ketegangan saraf yang mengganggu kenyamanan, serta
4. Kondisi tubuh yang lemah atau kehilangan kekuatan otot secara signifikan.

2.3.6 Kontraindikasi Effleurage Massage

Menurut (Setyowati, Ta'Adi, et al., 2023), terdapat beberapa kondisi yang tidak dianjurkan untuk diberikan terapi massage effleurage, antara lain:

1. Cedera yang masih dalam fase akut,
2. Kondisi tubuh yang mengalami demam,
3. Adanya pembengkakan atau akumulasi cairan (edema),
4. Gangguan atau infeksi pada kulit,
5. Aterosklerosis atau pengapuran pada pembuluh darah arteri,
6. Luka bakar yang belum sembuh, serta
7. Adanya patah tulang (fraktur).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dalam mengumpulkan informasi dari berbagai sumber untuk menilai dan mengidentifikasi kondisi kesehatan klien. Proses ini menjadi landasan dalam merumuskan diagnosis keperawatan serta memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi atau fakta yang ditemukan pada klien. Hal ini sangat penting untuk menyesuaikan intervensi dengan respon individu (Pratiwi, 2023).

Pengumpulan data dilakukan dengan menilai kebutuhan dasar manusia yang mencakup berbagai aspek, seperti respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan

kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan perlindungan. Pengkajian ini mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif, seperti tanda vital, wawancara dengan pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, serta peninjauan riwayat kesehatan pasien melalui rekam medis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

1. Identitas

Pengkajian identitas pasien mencakup informasi seperti nama, usia, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status pernikahan, dan tingkat pendidikan. Sedangkan identitas penanggung jawab mencakup nama, usia, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, serta suku/bangsa.

2. Riwayat Kesehatan pasien

Keluhan Utama Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala nyeri 0-10 :

- 1) P (Provokatif): Faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri
- 2) Q (Quality): Nyeri seperti apa yang dirasakan (tajam, tumpul, atau seperti tersayat)
- 3) R (Region): Dimana rasa nyeri di rasakan (area nyeri)
- 4) S (Scale): Skala nyeri
- 5) T (Time): Berapa lama nyeri berlangsung

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Untuk memahami pengalaman perawatan kesehatan pasien, perlu dikaji riwayat penyakit yang pernah dialami, riwayat rawat inap atau rawat jalan, serta kebiasaan dan gaya hidup pasien.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi ini penting untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, dan asma, yang dapat berpengaruh terhadap kondisi pasien.

5. Riwayat Obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi meliputi informasi mengenai usia saat menarche, siklus menstruasi, durasi menstruasi, volume atau karakteristik darah yang keluar, keluhan yang muncul saat menstruasi, serta mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan mencakup jumlah pernikahan yang pernah dilakukan dan durasi masing-masing pernikahan.
- 3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas sebelumnya mencakup riwayat kehamilan sebelumnya (termasuk usia kehamilan dan faktor risiko), riwayat persalinan (jenis persalinan, penolong persalinan, dan adanya komplikasi), serta komplikasi pasca persalinan seperti laserasi, infeksi, dan perdarahan, serta jumlah anak yang dimiliki.
- 4) Riwayat Keluarga Berencana (KB) mencakup jenis metode KB yang digunakan dan durasi pemakaian metode tersebut.

6. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)

- 1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi mencakup pemahaman pasien tentang kondisi sehat dan sakit, pengetahuan mengenai status kesehatan terkini, upaya perlindungan terhadap kesehatan (misalnya kunjungan ke fasilitas kesehatan dan manajemen stres), serta kebiasaan pemeriksaan diri

seperti mengetahui riwayat medis keluarga dan pengobatan yang telah dilakukan, dan perilaku yang diambil untuk mengatasi masalah kesehatan.

- 2) Pola nutrisi-metabolik menggambarkan adanya anoreksia, yaitu gangguan makan yang ditandai dengan penurunan berat badan yang sangat signifikan.
- 3) Pola eliminasi menunjukkan adanya peningkatan frekuensi buang air kecil.
- 4) Pola aktivitas-latihan menggambarkan aktivitas sehari-hari pasien, termasuk pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Hal ini mencakup apakah pasien melakukan ambulasi, seberapa sering, dan apakah ada kesulitan dalam melakukannya, serta apakah dilakukan dengan bantuan atau mandiri.
- 5) Pola istirahat-tidur menunjukkan adanya kesulitan tidur atau gangguan tidur, dengan berkurangnya jam tidur malam dan terganggunya kebiasaan tidur siang pasien.
- 6) Pola persepsi-kognitif menggambarkan fungsi penginderaan pasien (meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba).
- 7) Pola konsep diri-persepsi diri menunjukkan perasaan bingung atau cemas terkait dengan kondisi yang akan dihadapi (misalnya proses persalinan), serta kesulitan dalam berkonsentrasi.
- 8) Pola hubungan-peran menggambarkan peran pasien dalam keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan terhadap peran tersebut, struktur keluarga dan dukungan yang ada, proses pengambilan keputusan, serta hubungan dengan orang lain.

- 9) Pola seksual-reproduksi mencakup masalah terkait kesehatan seksual dan reproduksi, menstruasi, jumlah anak yang dimiliki, serta pengetahuan mengenai kebersihan reproduksi.
- 10) Pola toleransi stres-koping menggambarkan penyebab stres, tingkat keparahan stres, respons terhadap stres, serta strategi koping yang biasa digunakan pasien untuk menghadapinya.
- 11) Pola keyakinan-nilai mencakup latar belakang budaya pasien, tujuan hidup yang dimiliki, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan aspek kesehatan.

7. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum: Evaluasi tingkat kesadaran, skor GCS, tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA).
- 2) Kepala: Amati kondisi wajah pasien, apakah pucat atau tidak, serta adanya atau tidaknya cloasma.
- 3) Mata: Periksa sclera (apakah putih atau kuning) dan konjungtiva (apakah anemis atau tidak).
- 4) Leher: Periksa ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid atau limpa. Dada: Periksa payudara (warna areola, apakah menggelap atau tidak, apakah puting menonjol atau tidak, apakah pengeluaran ASI lancar atau tidak), pergerakan dada (apakah simetris atau tidak), penggunaan otot bantu pernapasan, serta auskultasi bunyi pernapasan (normal atau adanya bunyi napas yang tidak biasa).

- 5) Abdomen: Periksa adanya garis atau striae, kontraksi, luka bekas operasi, serta bising usus.
- 6) Genetalia: Evaluasi kebersihan, karakteristik pengeluaran, dan adanya hemoroid.
- 7) Ekstremitas: Periksa adanya edema, varises, waktu pengisian kapiler (CRT), dan refleks patella.
- 8) Pemeriksaan Penunjang : Pemeriksaan Darah dan pemeriksaan USG.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil penilaian klinis yang menggambarkan respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang bersifat aktual maupun berpotensi terjadi. Tujuan utama dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons tersebut sebagai dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan yang tepat. Proses penetapan diagnosis keperawatan dilakukan secara sistematis dan terdiri dari tiga tahapan penting, yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis keperawatan. Setiap diagnosis keperawatan terdiri atas dua komponen utama, yaitu masalah (problem), yang merujuk pada label diagnosis yang mencerminkan esensi dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, serta indikator diagnostik, yang mencakup penyebab, tanda dan gejala, serta faktor risiko.

Pada masalah keperawatan aktual, indikator diagnostik hanya terdiri dari penyebab (etiologi) dan tanda/gejala (manifestasi klinis), tanpa menyertakan faktor risiko. Masalah keperawatan yang muncul pada *post* SC antara lain :

1. Nyeri Akut (SDKI, D.0077)

2. Gangguan pola tidur (SDKI, D.0055)
3. Defisit Pengetahuan (SDKI, D.0111)
4. Risiko Infeksi (SDKI, D.0142).

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi

		terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 19. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun	Dukungan Tidur (L.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun		Terapeutik
		5. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
		6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
		7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
		8. Tetapkan jadwal tidur rutin
		9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
		10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
		Edukasi
		11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
		12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
		13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
		14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
		15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
		16. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
Defisit Pengetahuan (D.0111)	Tingkat Pengetahuan (L.12111)	Edukasi Kesehatan (I.12383)
	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x...	Observasi

	jam, diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

	Edukasi
	6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
	8. Ajarkan etika batuk
	9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
	10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
	11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
	Kolaborasi
	12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat dalam rangka membantu pasien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Proses ini mencakup tindakan-tindakan terapeutik yang dilaksanakan secara terencana, berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan, serta disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien. Implementasi keperawatan melibatkan kerja sama aktif antara perawat, pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya dalam mengatasi masalah kesehatan pasien. Selain itu, proses ini juga menekankan pentingnya pencatatan dan evaluasi terhadap respons pasien terhadap intervensi yang diberikan, guna memastikan efektivitas dari tindakan yang dilakukan. Tujuan utama dari implementasi keperawatan adalah untuk mewujudkan tujuan yang telah dirumuskan dalam perencanaan keperawatan, yang meliputi pemulihan status kesehatan, peningkatan kualitas hidup, serta pemberdayaan pasien dalam mengelola coping terhadap kondisi yang dihadapi (Mustamu, 2023).

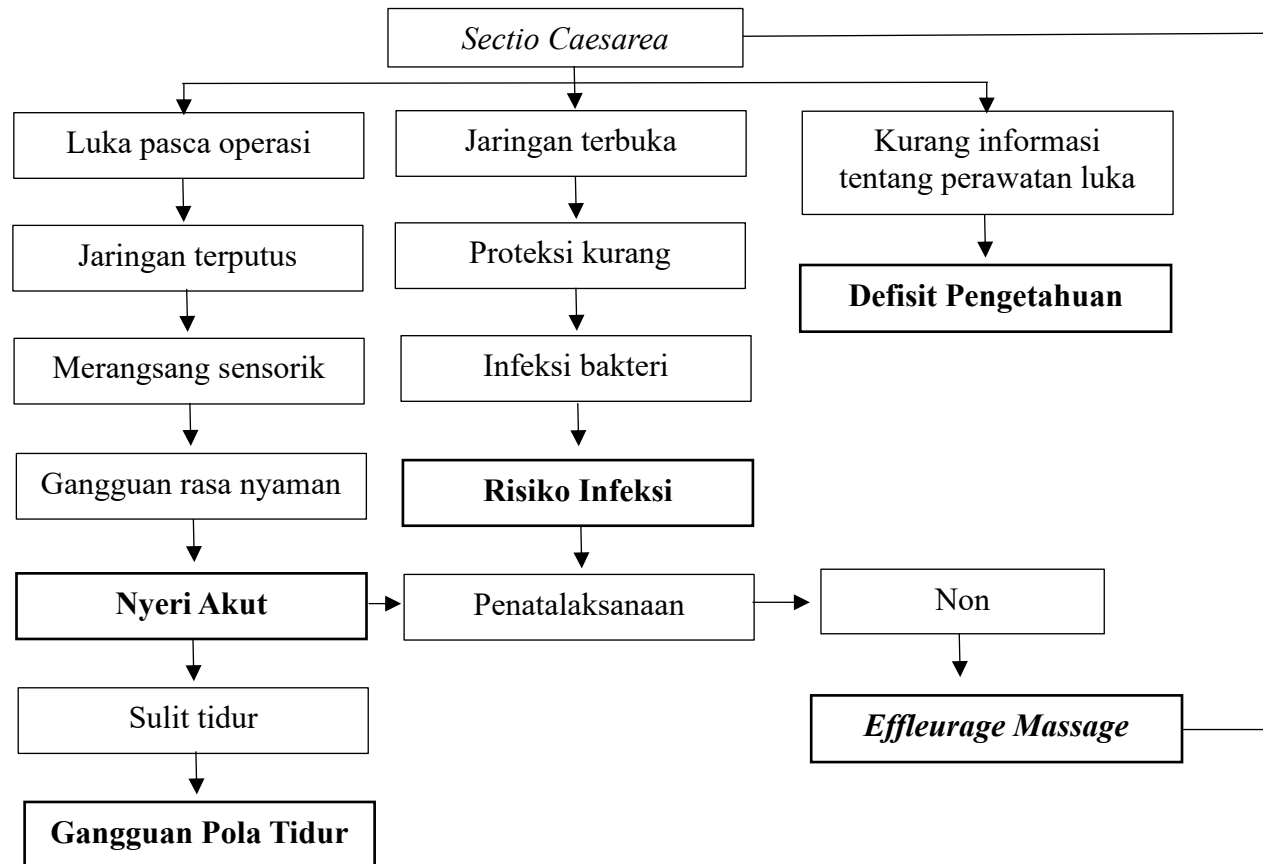
2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah dirumuskan dalam diagnosis, perencanaan, dan implementasi keperawatan berhasil dicapai. Melalui proses ini, perawat dapat mengidentifikasi efektivitas intervensi yang telah diberikan serta memantau adanya kesalahan atau ketidaksesuaian yang mungkin terjadi pada tahap-tahap sebelumnya, seperti pengkajian, analisis data, dan pelaksanaan tindakan.

Evaluasi juga memungkinkan perawat untuk mendeteksi perubahan respons fisiologis dan psikologis klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Dengan demikian, proses ini menjadi dasar dalam pengambilan keputusan klinis lanjutan, baik untuk melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan suatu intervensi.

Tujuan utama dari evaluasi keperawatan adalah untuk menjamin pelayanan yang diberikan bersifat efektif dan efisien, serta mampu memenuhi kebutuhan pasien secara optimal sehingga dapat memperbaiki atau mempertahankan status kesehatan pasien (Mustamu, 2023).

2.5 Web of Causation (WOC)



Pengertian

Sectio Caesarea adalah tindakan insisi dalam menolong persalinan dengan melalui dinding abdomen (laparatomi) dan uterus (histerektomi) dalam mencegah kematian pada janin maupun ibu yang disebabkan adanya bahaya komplikasi yang terjadi apabila ibu melahirkan secara pervagina (Juliathi et al., 2021).

Teknik Effleurage Massage

Effleurage massage merupakan teknik pijat yang bertujuan mempercepat pemulihan nyeri melalui sentuhan tangan guna menimbulkan efek relaksasi. Teknik ini melibatkan manipulasi berupa usapan lembut dengan tekanan yang bervariasi, dari ringan hingga kuat, menggunakan seluruh permukaan satu atau kedua tangan. Gerakan usapan dilakukan secara menyeluruh dengan arah menuju jantung atau mengikuti aliran pembuluh darah, sehingga memberikan efek positif terhadap sirkulasi darah. Tekanan yang diberikan membantu mempercepat aliran darah balik menuju jantung (Setyowati, Ta'adi, et al., 2023).

Gambar 2. 4 *Web of Causation (WOC)*