BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ibu Post Partum

2.1.1 Definisi Ibu Post Partum

Periode pasca melahitkan (*puerperium* atau masa nifas) berlangsung sejak hari pertama kelahiran hingga enam minggu setelah melahirkan, yang ditandai dengan beberapa perubahan yang signifikan baik dari aspek fisik, involusi alat reproduksi serta adanya adaptasi psikologis akan adanya anggota keluarga baru hingga dimulainya fase laktasi (Widyastuti et al., 2025). Menurut Kemenkes (2024) dan Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI) dalam (Olkamien Jesdika Longulo et al., 2026), Ibu post partum merupakan masa sejak lahirnya plasentai sampai dengan 6 minggu atau 42 hari setelah persalinan berlangung. Pada masa ini ibu mengalam proses involusi uterus, perubahan hormon, pembentukan laktasi, serta adaptasi peran baru sebagai ibu. Masa post partum sendiri dibagi menjadi 3 yaitu *immidiate* 24 jam setelah persalinan, *early* 1 sampai 7 hari pasca persalinan, dan *late* 1 sampai 6 minggu pasca persalinan.

2.1.2 Etiologi Post Partum

Beberapa penelitian mengaitkan penyebab persalinan dengan adanya faktor hormonal, bentuk rahim, sirkulasi rahim, tekanan saraf dan nutrisi. Etiologi persalinan menurut Widyastuti (2025) sebagai berikut :

1. Teori *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) : menjelaskan bahwa janin yang sudah matang dengan usia kandungan 37-40 minggu akan mensekresi hormon *dehydroepiandrosterone sulfate* (DHEAS) melalui kelenjar adrenal. Hormon DHEAS akan diubahh oleh plasenta menjadi hormon estrogen dan *corticotropin releasing hormone* (CRH). Peningkatan CRH

dalam plasenta menyebabkan peningkatanproduksi prostaglandin dan oksitosin serta menurunkan efek progesteron sebagai penghambat kontraksi. Sehingga kondisi tersebut dapat meningkatkan senstifitas miometrium sehingga terjadinya kontraksi uterus teratur dan waktu persalinan dimulai (Hutomo et al., 2023).

2. Progesteron *withdrawal* merupakan penurunan efek atau penghambatan hormon pprogesteron terhadap miometrium menjelang waktu persalinan. Terjadinya fungsi *withdrawal* akibat adanya penurunan reseptor progesteron dan peningkatan estrogen. Kondisi ini menyebabkan uterus menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin dan prostaglandin sehingga terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan persalinan berlangsung (Mangngi et al., 2025).
3. Regangan uterus yang berlebihan akibat dari pertumbuhan janin dan cairan amnion merupakan salah satu teori penyebab terjadinya persalinan. Overdistensi uterus menyebabkan peningkatan ekspresi dan reseptor oksitoksin pada miometrium. Kondisi ini dapat meningkatkan sensitifitas uterus terhadap oksitoksin dan prostaglandin sehingga memicu terjadinya kontraksi uterus yang teratur.
4. Peningkatan hormon oksitosin dan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi miometrium dan pematangan serviks.
5. Proses inflamasi fisiologis pada miometrium dan serviks menjelang aterm.

2.1.3 Tahap – Tahap Post Partum

Beberapa tahap-tahap ibu post partum menurut Widyastuti (2025), sebagai berikut :

1. Periode *immidete* post partum dimana masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam pasca persalinan. Pada masa ini terdapat perubahan fisiologi seperti involusi awal uterus kontraksi menjadi keras setinggi pusat, kalauri atau hormon menurun drastis dan CRH plasenta hilang, dan luka perienum atau *sectio caesarea* beresiko mengalami perdarah yang meningkat. Perdarahan sendiri bisa disebabkan oleh atoniauteri. Pentingnya dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah dan suhu tubuh ibu post partum.
2. Periode *early* post partum, pada fase ini berlangsung selama 1 sampai 6 hari dimana perubahan fisiologi yang terjadi berupa involusi TFU yang mengalami penuruan 1 sampai 2 jari setiap harinya, lakatasi, luka perineum atau *sectioe caesarea* mulai membaik dan nyeri menurun. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi involusi dalam keadaan normal,tidak ada perdarahan, lokhea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu mampu menyusui dengan baik.
3. Periode *late* post partum, periode ini berlangsung selama 1 sampai 6 minggu atau 42 hari dengan perubahan fisiologi dimana involusi uterus kembali ke panggul dalam 10 sampai 14 hari, lokia alba dalam minggu ke 3 hingga 6, hormonal, dalam segi psikologis terdapat *post partum blues* atau *post partum depression* yang tinggi pada ibu pasca melahirkan. Pemeriksaan yang dapat dilakukan yaitu tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana (KB).

2.1.4 Tanda dan Gejala Post Partum

Menurut Widiyasari (2022) , beberapa tanda dan gejala post partum sebagai berikut :

1. Adanya perdarahan yang hebat selayaknya kondisi menstruasi bahkan berlebih yang mendadak.
2. Keluarnya vaginal berbau sangat busuk.
3. Nyeri pada bawah serta punggung dan sakit kepala berkepanjangan sampai masalah pada penglihatan.
4. Membengkaknya wajah, tangan hingg kaki, demam dan muntah, merasa sakit ketika buang airb kecil, merasakan panas ataupun sakit pada area payudara.
5. Hilangnya selera makan.
6. Merasakan kesedihan yang berlebih karena merasakan tidak mampu untuk mengurus diri sendiri dan bayinya nanti.

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada ibu post partum menurut Olkamien (2026) , sebagai berikut :

1. Pemeriksaan klinis 4T pada ibu pasca persalinan dalam waktu 0-24 jam dan involusi, yaitu :
   a. T1 (Tekanan darah, nadi dan suhu)
   b. T2 (Tonus Uterus) : palpasi fundus uteri dengan 1 tangan tekan diatas pusat dan 1 tangan menahan dibawah uterus, nilai uterus teraba lembek atau keras.
   c. T3 (Tetesan darah atau Lokhea) : inspeksi jumlah darah ,warna dan tekstur apakah terdapat adanya gumpalan darah atau tidak.
   d. T4 (Trauma jalan lahir) : inspeksi perineum atau luka *sectio caesarea.*
2. Pemeriksaan laboratorium : Hemoglobin, ematokrit, leukosit, CRP (*C-Reactive Protein),*gula darah, urinalisasi, koagulasi D-Dimer.
3. USG transvaginal atau abdomen, untuk melihat apakah adanya sisa palsenta atau retensio serta tebal endometrium, dan adakah bekuan intrauterin.

4. Kultur lokhea untuk mengidentifikasi infeksi luka *post sectio caesare* atau perienum.
5. Pemeriksaan payudara dan laktasi
6. Skoring psikologi ibu menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).
7. Pemeriksaan LATCH untuk menilai proses menyusui ibu dan bayi.

2.1.6 Perubahan Fisiologis

Menurut Widiyasari (2022), terdapat beberapa perubahan fisiologi yang terjadi pada ibu dalam masa nifas (post partum) sebagai berikut :

1. Uterus merupakan bagian organ reproduksi dengan rongga serta otot dengan bentuk yang mirip dengan alpukat namun sedikit menipis dengan seukuran telur ayam. Panjang uterus sendiri 7 hingga 8 cm dengan lebar 5 cm dan tebal 2,5 cm. Secara fisiologis uterus akan mengecil seukuran dengan sebelum masa kehamilan berlangsung. Proses involusi uterus pascapersalinan berlangsung secara bertahap yang ditandai dengan penurunan tinggi fundus uterus (TFU) dan reduksi berat organ. Pada kala IV persalinan (setelah plasenta lahir), TFU berada setinggi pusat dengan berat uterus berkisar 750-1000 gram. Memasuki hari ketujuh postpartum, fundus teraba di pertengahan antara pusat dan simfisis dengan berat rahim menyusut hingga 500 gram Pada minggu kedua, uterus memiliki berat sekitar 350gram dan sudah tidak teraba di atas simfisis. Proses ini berakhir pada minggu keenam dengan berat uterus kembali ke ukuran normal, yaitu sekira 50-60 gram. Evaluasi klinis terhadap uterus dilakukan melalui metode palpasi abdominal yang mencakup tiga parameter utama:
    a. Posisi, untuk mengidentifikasi letak fundus pada garis tengah atau mengalami deviasi lateral.

b. Ukuran, melalui pengukuran TFU secara berkala terhadap umbilikus.
c. Konsistensi, guna memastikan tonus miometrium berada dalam kondisi keras (berkontraksi baik) atau lunak (atonia uteri).

2. Seviks, menunjukkan terjadinya pemulihan struktur dan penutupan kanalis servikalis secara progresif dari ukuran 2 hingga 3 jari pascapersalinan hingga menutup sempurna dalam waktu enam minggu nifas.
3. Vagina, pemulihan terhadap jalan lahir menunjukkan bawah vagina mengalami adaptasi pascatrauma persalinan secara progresif, di mana involusi jaringan dan sekresi lochea berlangsung simultan hingga struktur organ kembali stabil pada minggu ketiga postpartum.
4. Vulva, fase *postpartum* melibatkan pemulihan elastisitas vulva dari kondisi relaksasi pascatrauma persalinan menuju rekonstruksi jaringan genitalia eksternal secara progresif yang tercapai pada minggu ketiga masa nifas.
5. Payudara (mamae), secara hormonal pascapersalinan ditandai dengan penurunan konsentrasi estrogen dan progesteron yang mengaktivasi pelepasan prolaktin untuk sintesis ASI, diikuti peningkatan sirkulasi darah lokal yang menyebabkan pembengkakan sementara pada pembuluh darah payudara.

2.1.7 Komplikasi Pada Ibu Post Partum

Komplikasi pada ibu post partum menurut Olkamien (2026) sebagai berikut :

1. Morbiditas febris, dimana terdapat infeksi iskemik atau nasokomial yang ditandai dengan suhu diatas 38 °C selama 2 hari dalam 10 hari pertama post partum.
2. Infeksi bakteri genital yang ditandai dengan demam, malaise, serta lochea berbau busuk (*foul-smelling*).

3. Infeksi luka genital, yang diakibatkan pada trauma jalan lahir atau episiotomi yang ditandai dengan nyeri lokal, edema, eksudat purulen (nanah) dan dehisensi (jahitan lepas).
4. Endometritis, adanya inflamasi pada endometrium uteri yang ditandai dengan demam persisten, takikardia, nyeri tekan uterus dan leuksoitosis.
5. Hematoma genitalis, terdapat adanya ruptut pembukuh darah yang ditandai dengan nyeri hebat, pembengkakan tegang, dan ekomosis (memar) pada vulva atau vagina.
6. Sub involusi uteri, adanya retensi sisa plasenta, mioma, atau infeksi. Ditandai dengan uterus lembek, TFU lebih tinggi dari usia nifas, dan pengelauran lochea memanjang.
7. Perdarahan sekunder, dimana perdarahan hebat setelah 24 jam postpartum, anemina, hingga resiko syok hipovolemik.
8. Tromboflebitis disertai dengan inflamasi vena, yang ditandai dengan nyeri akut, bengkak, dan nyeri tekan lokal pada jalur vena atau flebitis.

2.1.8 Penanganan Pada Ibu Post Partum

Penanganan ibu post partum menurut Yumni (2025), sebagai berikut :

1. Pemantauan fisik : lochea, involusi uterus, tanda-tanda vital
2. Perawatan luka : luka perineum atau luka post *sectio caesarea*.
3. Manajemen nyeri
4. Dukungan psikologis

2.2 Konsep *Sectio caesarea*

2.2.1 *Sectio caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah proses persalinan atau proses pengeluaran bayi dengan tindakan pembedahan yang sudah cukup bulan (Luckyva et al.,

2022). *Sectio caesarea* (SC) merupakan operasi untuk menyelamatkan ibu dan bayi yang melibatkan tindakan pembukaan abdomen melalui sayatan dinding perut dan rahim ibu (Pratama, 2022). Selain karena indikasi medis, operasi *sectio caesarea* kini juga diminati oleh ibu – ibu, karena ketakutan menjalani persalinan normal dan rasa sakit yang menyertainya (Susanto, 2022).

Tindakan operasi *Sectio caesarea* (SC) dapat menyebabkan timbulnya nyeri akibat adanya luka insisi pada area pembedahan. Setelah menjalani operasi, ibu umumnya mengalami nyeri dengan intensitas sedang hingga berat. Nyeri tersebut biasanya berlangsung selama 24–48 jam pascaoperasi, namun dapat bertahan lebih lama bergantung pada kondisi masing-masing ibu serta kemampuan individu dalam mentoleransi dan merespons rasa nyeri. Intensitas nyeri yang paling tinggi umumnya dirasakan dalam dua jam pertama setelah operasi, seiring berkurangnya atau hilangnya efek anestesi yang sebelumnya diberikan (Ferikawati et al., 2022).

2.2.2 Jenis – Jenis *Sectio caesarea*

Operasi *sectio caesarea* (SC) umumnya dikategorikan menjadi dua, yaitu SC primer dan SC sekunder. SC primer adalah prosedur yang dilakukan pertama kali, sedangkan SC sekunder dilaksanakan pada ibu yang memiliki riwayat SC sebelumnya. Selain itu, berdasarkan tingkat urgensinya, SC dapat dibagi menjadi SC *cito* dan SC elektif. SC *cito*, yang hanya diperlukan pada sekitar 1% kehamilan, dilakukan setelah proses persalinan dimulai, sementara SC elektif merupakan prosedur terencana yang dilaksanakan sebelum persalinan berlangsung (Farrah Fadhilah & Sari, 2021).

Operasi SC *emergency* diklasifikasikan ke dalam tiga kategori, yaitu:

a. Kondisi darurat pada janin atau ibu yang berpotensi mengancam nyawa.
b. Kondisi darurat pada janin atau ibu yang tidak mengancam nyawa.
c. Proses persalinan tanpa adanya tanda – tanda darurat pada janin atau ibu.

Waktu pelaksanaan *sectio caesarea* (SC) dipengaruhi oleh tingkat urgensi prosedur. Persalinan yang termasuk kategori 1 dan 2 harus segera ditangani dengan SC, sehingga tindakan ini perlu dilakukan segera setelah diagnosis ditegakkan, yaitu dalam waktu 30 menit untuk kategori 1 dan 75 menit untuk kategori 2 (C. Ramadhani, 2023).

Sectio caesarea (SC) hanya memiliki kontraindikasi relatif tanpa adanya kontraindikasi absolut. Kontraindikasi ini muncul dalam dua situasi: pertama, ketika tindakan tersebut dapat membahayakan keselamatan ibu (misalnya, jika ibu mengalami gangguan paru – paru yang serius), dan kedua, ketika janin diketahui memiliki kelainan kromosom atau anomali kongenital yang berpotensi menyebabkan kematian segera setelah lahir, seperti anensefali (C. Ramadhani, 2023)

2.2.3 Indikasi *Sectio caesarea*

Secara umum, indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* adalah adanya masalah pada jalan lahir, kontraksi, dan kondisi janin yang membuat persalinan pervaginaan tidak memungkinkan. Terdapat beberapa kategori utama yang menjadi kelompok besar indikasi ini adalah:

a. Indikasi dari Janin

Gawat janin dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kelainan pada tali pusat seperti tali pusat yang terlilit, prolapsus tali pusat, serta mal presentasi dan mal posisi janin, seperti pada bayi besar (*giant*

baby). Di sisi lain, faktor yang berkaitan dengan plasenta meliputi plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa, plasenta accreta, kegagalan persalinan dengan metode vakum, serta kehamilan kembar (Samsider Sitorus, 2021).

b. Riwayat SC

Riwayat SC adalah indikasi relatif untuk dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Ibu dengan riwayat SC biasanya tidak dapat melahirkan secara normal. Secara umum, apabila seorang ibu menjalani persalinan pertama melalui bedah SC, maka kemungkinan besar persalinan berikutnya juga akan dilakukan dengan SC. Namun, hal ini tergantung pada indikasi sebelumnya, apakah bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada persalinan selanjutnya, atau bersifat absolut dan tidak memungkinkan persalinan normal, seperti pada kasus panggul sempit (Safitri, 2020).

c. Usia Ibu

Usia ibu merupakan salah satu indikasi relatif untuk dilakukannya operasi *sectio caesarea*, meskipun pada umumnya ibu dapat melahirkan secara normal. Berdasarkan analisis distribusi frekuensi, penyebab persalinan dengan operasi SC mencakup faktor usia ibu yang berisiko (Safitri, 2020).

Penelitian oleh (Nurjannah, 2016) yang dikemukakan oleh (Safitri, 2020) bahwa sebanyak 71% ibu dalam usia rentang 21 – 34 tahun berhasil menjalani operasi *sectio caesarea*. Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun dianggap berisiko tinggi, karena risiko

komplikasi persalinan pada kelompok usia ini tiga hingga empat kali lebih besar dibandingkan dengan ibu berusia 20 – 35 tahun. Usia ibu selama kehamilan merupakan faktor penentu tingkat risiko yang terkait dengan kehamilan dan persalinan. Rentang usia reproduksi yang dianggap sehat dan aman untuk kehamilan serta persalinan adalah antara 20 hingga 35 tahun. Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun secara biologis perkembangan alat reproduksinya belum maksimal (Safitri, 2020).

d. *Posdate* (Usia Kehamilan Lebih Dari Hari Perkiraan Lahir)

Posdate merupakan salah satu indikasi relatif untuk dilakukannya *sectio caesarea*. Ibu dengan kehamilan *postdate* biasanya tidak dapat melahirkan secara normal. Kehamilan *postdate* adalah kondisi dimana kehamilan berlangsung lebih lama dari 40 minggu, yaitu hingga 42 minggu atau lebih. Secara spesifik, kehamilan *postdate* merujuk pada kehamilan yang melewati 40 minggu dan beberapa hari setelah tanggal perkiraan lahir. Faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan kehamilan *postdate* antara lain riwayat kehamilan *postdate* sebelumnya, nuliparitas, usia ibu di atas 30 tahun, kelahiran yang sering terjadi, serta obesitas (Safitri, 2020).

e. Indikasi Sosial

Indikasi sosial atas permintaan sendiri (APS) merupakan tindakan yang diambil karena kecemasan dan ketakutan ibu terhadap persalinan normal. Namun, ini sebenarnya bukan merupakan indikasi medis untuk melakukan operasi *sectio caesarea*. Beberapa alasan khusus dan rasional terkait permintaan *sectio caesarea* perlu dibicarakan dengan ibu, seperti

pengalaman melahirkan sebelunya atau keinginan untuk melakukan *sectio caesarea* elektif karena takut bayinya mengalami cedera selama persalinan. Meski begitu, harus tetap menghargai keputusan ibu dan alternatif cara melahirkan perlu ditawarkan (Safitri, 2020).

2.2.4 Patofisiologi *Sectio caesarea*

Adanya hambatan atau kelainan selama persalinan dapat menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi antara lain ketidaksesuaian antara ukuran punggung ibu dan kepala bayi, preeklampsia dan eklampsia yang parah, keracunan kehamilan yang serius, kelainan posisi bayi seperti letak lintang atau sungsang, persalinan yang berlangsung lama, keluarnya plasenta sebelum waktunya atau solutio plasenta, leher rahim yang tertutup oleh plasenta (plasenta *previa*), usia ibu hamil yang sudah lanjut, kehamilan kembar, pecahnya ketuban sebelum waktunya, serta bayi yang belum lahir dalam waktu 24 jam dan kontraksi yang lemah (C. Ramadhani, 2023).

Operasi *sectio caesarea* melibatkan tindakan pembiusan yang dapat menyebabkan ibu mengalami imobilitas. Selain itu, efek dari anestesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan rahim, dilakukan insisi atau pembedahan yang mengakibatkan terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Akibatnya, ibu dapat mengalami gangguan kenyamanan, yang ditandai dengan rasa nyeri (Yunita Syaiful, 2020).

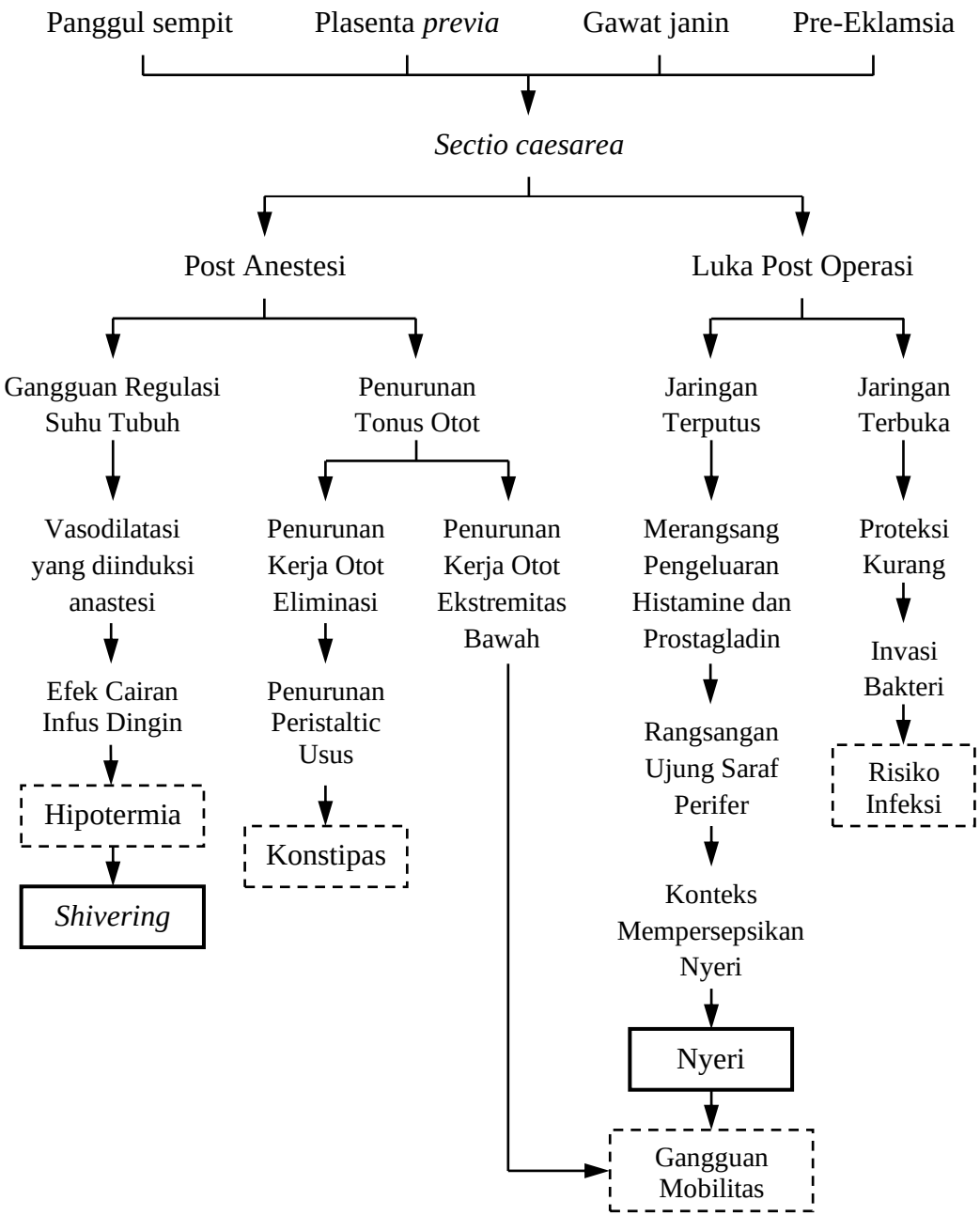
Setelah operasi bedah selesai, area sayatan yang dijahit akan menimbulkan luka pasca *sectio caesarea*. Jika luka ini tidak dirawat dengan baik, ada risiko terjadinya infeksi. Pada periode pasca persalinan, penurunan

hormon progesteron dan estrogen dapat mengakibatkan kontraksi dan involusi uterus yang tidak memadai, yang berpotensi menyebabkan perdarahan dan risiko syok. Selain itu, penurunan kadar hemoglobin dan kekurangan oksigen dapat menyebabkan kelemahan serta mengakibatkan defisit dalam kemampuan perawatan diri (Samsider Sitorus, 2021).

Tindakan pembedahan yang dilakukan melalui insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan uterus (histerotomi) untuk mengeluarkan janin. Tindakan pembedahan ini menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga memicu respons inflamasi dan aktivasi nosiseptor. Mediator inflamasi seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, dan sitokin dilepaskan di area luka, kemudian merangsang ujung saraf perifer dan menghantarkan impuls nyeri ke medula spinalis hingga korteks serebri sehingga pasien merasakan nyeri akut pascaoperasi. Nyeri umumnya bersifat sedang hingga berat selama 24–48 jam pertama setelah operasi (Ahmad & Hardiyanti, 2023).

Selain nyeri, tindakan pembedahan dan anestesi menyebabkan penurunan mobilitas, gangguan motilitas usus (ileus sementara), retensi urin, serta meningkatkan risiko infeksi akibat terbukanya jaringan. Respons stres pascaoperasi juga mengaktifkan sistem saraf simpatis dan pelepasan hormon stres (kortisol dan katekolamin), yang meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, serta kebutuhan oksigen jaringan. Bila tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat menghambat mobilisasi dini, proses menyusui, bonding ibu dan bayi, serta memperlambat penyembuhan luka (Hidayatullah & Noviardi, 2025).

2.2.5 *Pathway Sectio caesarea*



Gambar 2.1 Pathway Sectio Caesarea

*)Sumber: (Kusuma & Nurarif, 2015)

2.2.6 Komplikasi

1. Komplikasi jangka pendek 0-7 hari *post sectio caesare* menurut Gustafsson (2025), sebagai berikut :

a. Nyeri akut berat pada area insisi, disebabkan oleh trauma jaringan akibat pembedahan, proses inflamasi pasca operasi *sectio caesare*, kontrkasi uterus, peregangan atau iritasi saraf abdomen, mobilisasi dan aktivitas fisik (Halawani et al., 2026).
b. Infeksi luka operasi, disebabkan oleh kuman *staphylococcus aureus, coagulase-negative Staph, E-coli kelbsiella, enterococcus, bacteroides,* dan *clostridium* (Seid et al., 2026).
c. Postpartum hemorrhage, dimana ibu mengalami perdarahan lebih dari 1000 mL dalam 24 jam, yang disebabkan oleh Tone atau Uterine Atony (rahim tidak mengecil setelah plasenta lahir), Trauma (terdapat luka robek), Tissue (placenta previa, placenta accreta spectrum), Thrombin (gangguan dalam pembekuan darah) (Nieto-Calvache et al., 2025).
d. Ileus paralitik, dimana kondisi ibu tidak bisa kentut dan buang air besar setelah tindakan *sectio caesarea*. Disebabkan oleh respon inflamasi akibat pembedahan, penggunaan opioid, efek anastesi, imobilisasi pasca operasi, hipokalemia, hipomagnesemia, dan hipokalsemia (Bollag & Nelson, 2020)
e. Endometritis postpartum, ialah infeksi endometrium dan myometrium yang sering terjadi pada ibu *post sectio caesarea*. Disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob dari flora vagina (Rouse et al., 2019).
f. Retensi urine atau infeksi saluran kemih, disebabkan oleh trauma kateter urine dan anastesi spinal dimana tertahannya rasa ingin buang air kecil di otak dan terdapat inflamasi yang meningkat pada saluran kemih (F. Zhang et al., 2025).

g. Tromboemboli vena (VTE), dimana bekuan darah dalam pembuluh darah vena yang dapat lepas dan menyumbat aliran darah. Disebabkan oleh *venous statis* (imobilisasi, kompresi uterus), hiperkoagulasi yang menyebabkan fibrinolisis menurun, dan cedera endotel (Didembourg et al., 2026).

2. Komplikasi jangka menengah 3-12 bulan *post sectio caesare* :
   a. *Chronic Post Surgical Pain* (CPSP) disebabkan oleh sensitifitas saraf perifer dan sentral akibat trauma insisi serta adanya cedera saraf ilioinguinalis. Serta dapat disebabkan oleh faktor riwayat operasi sebelumnya atau faktor psikologis depresi pasca operasi dan catastrophizing (Fink & Raffa, 2025).
   b. Gangguan kualitas hidup disebabkan oleh *chronic post surgical pain* (CPSP), retensi urine, fatigue, depresi post partum, catastrophizing, gangguan mobilitas, dukungan sosial terhadap perawatan *postnatal* yang tidak adekuat (Admass et al., 2024).
   c. Adesi atau perlengketan pada pelvis, disebabkan oleh trauma peritoneum, respon inflamasi, usia diatas 35 tahun dengan BMI lebih dari 30, riwayat tindakan *sectio caesarea* berulang (Bernard et al., 2025).
3. Komplikasi jangka panjang menurut International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) yang dikemukakan oleh(Wu et al., 2025) :
   a. Ruptur uteri, disebabkan riwayat *vaginal birth after caesarean* (VBAC) dan induksi persalinan pada ibu sebelum tindakan *sectio caesarea* (Ballato et al., 2025), induksi dengan prostaglandin yang menyebabkan tekanan intrauterin meningkat dan menyebabkan stress mekanik jaringan, dan jarak kehamilan pendek (Adily et al., 2025).
   b. *Plasenta akreta spectrum* (PAS), merupakan perlengketan plasenta yang abnormal dikarenakanlapisan desidua basalis yang rusak. Penyebabnya ialah riwayat tindakan *sectio caesare* berulang, jarak kehamilan pendek kurang dari 18 sampai 24 bulan (Wang et al., 2025).

c. Plasenta previa, disebabkan oleh efek dari pembentukan jaringan parut pada jaringan di bawah rahim yang akan mengganggu vaskularisasi endometrium (Ataallahi et al., 2024). Selain itu, plasenta previa disebabkan oleh usia ibu diatas 30 tahun dikarenakan elastisitas ovarium yang kurang sehingga menyebabkan vaskularisasi endometrium menurun (Mitterer et al., 2025).
d. Morbiditas berat , dapat disebabkan oleh perdarahan masif dimana ibu kehilangan dara lebih dari 1500 mL yang jika dibiarkan akan mengalami hipovolemi hingga iskemi pada organ (Dzialas et al., 2025). Selain itu dapat disebabkan oleh komplikasi dari anestesi, ruptur uteri dan adesi berat pada ibu *post sectio caesarea*.

2.2.7 Penatalaksanaan Post Operasi *Sectio caesarea*

Penatalaksanaan pada ibu post operasi *sectio caesarea* secara konvensional, sebagai berikut :

a) Observasi tanda – tanda vital

Memantau tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, dan saturasi oksigen secara berkala, dan mengidentifikasi dini tanda perdarahan, infeksi atau syok.

b) Pemantauan kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri

Menilai kekuatan kontraksi uterus, memastikan tinggi fundus uteri keras dan berada sesuai involusi normal, serta memalukan masase uterus bila uterus lembel (atonia).

c) Pemantauan perdarahan dan lochea

Mengobservasi jumlah, warna, bau, dan jenis lochea, serta mendeteksi adanya perdarahan postpartum atau infeksi.

d) Perawatan luka

- Persalinan pervaginam : perawatan luka episiotomi atau laserasi.

- Persalinan sectio caesarea : observasi luka operasi, mengganti balutan sesuai indikasi , serta menjaga luka tetap bersih dan kering.

e) Manajemen nyeri

Melakukan penngkajian nyeri secara berkala, memberikan analgesik sesuai resep dokter, serta dapat dipadukan dengan terapi nonfarmakologis seperti relaksasi, distraksi, atau teknik *finger hold*.

f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan

Memberikan cairan yang cukup, dan menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein, xat besi, vitamin, dan kalori untuk mempercepat penyembuhan dan mendukung laktasi.

g) Mobilisasi bertahap

Istirahat pada fase awal, kemudian mobilisasi dilakukan secara bertahap setelah kondisi stabil, dan pada praktik konvensional pasca SC, mobilisasi biasanya dimulai sekitar 24 jam setelah operasi atau sesuai kondisi ibu.

h) Mendukung pemberian ASI

Membantu inisasi menyusui bila memungkinkan, serta memberikan edukasi mengenai teknik menyusui dan perawatan payudara.

i) Pemberian obat sesuau indikasi

Antibiotik bila diperlukan, analgesik, uterotonika bila diindikasikan, serta suplemen zat besi dan vitamin

j) Edukasi sebelum pulang

Perawatan diri dirumah, tanda bahaya masa nifas (perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, lochea berbau, sesak napas), serta

mengedukasi nutrisi, kebersihan diri, aktivitas, hubungan seksual, kontrasepsi, serta jadwal kontrol.

2.3 Konsep Nyeri

Nyeri merupakan rasa tidak nyaman yang timbul akibat adanya kerusakan jaringan pada bagian tubuh tertentu. Nyeri juga dapat diartikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata maupun berpotensi terjadi, atau sebagai gambaran dari kondisi tersebut (Sarim & Suryono, 2020). Rasa nyeri merupakan kondisi yang menimbulkan ketidaknyamanan dan dapat berdampak pada fungsi berbagai sistem tubuh, meliputi sistem kardiovaskular, endokrin, pulmonari, gastrointestinal, serta imunologi. Nyeri juga dapat memicu respons stres yang berkepanjangan sehingga meningkatkan risiko terjadinya depresi dan menurunkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari (Dewi et al., 2025).

2.3.1 Tanda dan Gejala Nyeri

a. Mengeluarkan suara yang menunjukkan rasa nyeri, seperti meringis, merintih, menarik napas dalam, atau menghembuskan napas berulah
b. Menunjukkan ekspresi wajah yang menggambarkan ketidaknyamanan atau rasa sakit, seperti wajah yang tampak meringis.
c. Menggigit bibir atau lidah, mengatupkan gigi dengan kuat, dahi berkerut, serta menutup atau membuka mata dan mulut secara rapat sebagai respons terhadap nyeri.
d. Menampilkan perubahan gerakan tubuh, seperti tampak gelisah, berjalan mondar – mandir, melakukan gerakan menggosok atau

berulang, melindungi area tubuh yang nyeri, membatasi pergerakan, maupun mengalami ketegangan otot.

e. Mengalami perubahan dalam interaksi sosial, seperti menghindari percakapan dan kontak dengan orang lain, lebih memusatkan perhatian pada upaya mengurangi nyeri, serta mengalami gangguan orientasi waktu (Dewi et al., 2025).

2.3.2 Faktor – Faktor yang Memengaruhi Nyeri

a. Kelemahan

Kelelahan dapat meningkatkan persepsi seseorang terhadap nyeri serta menurunkan kemampuan dalam menghadapi atau mengatasi masalah. Apabila kondisi kelelahan berlanjut dan tidak diimbangi dengan waktu istirahat yang memadai, intensitas nyeri yang dirasakan dapat semakin meningkat. Sebaliknya, nyeri cenderung berkurang setelah individu memperoleh tidur atau istirahat yang cukup.

b. Jenis Kelamin

Secara umum, perempuan cenderung memiliki persepsi nyeri yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikologis, termasuk variasi hormonal. Hormon estrogen diketahui memiliki efek pronosiseptif yang dapat meningkatkan sensitisasi sentral maupun perifer terhadap rangsangan nyeri, sedangkan hormon progesteron berperan dalam menurunkan ambang nyeri. Oleh karena itu, perubahan hormonal pada perempuan dapat meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri sehingga keluhan nyeri lebih sering atau lebih intens dibandingkan pada laki-laki.

c. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang memengaruhi persepsi dan ekspresi nyeri pada setiap individu. Perbedaan tahap perkembangan, mulai dari anak-anak, dewasa, hingga lanjut usia, menyebabkan pengalaman dan respons terhadap nyeri juga berbeda. Pada anak-anak, kemampuan untuk mengenali, mengungkapkan, dan menunjukkan lokasi nyeri masih terbatas karena perkembangan kemampuan verbal yang belum optimal. Oleh karena itu, penilaian nyeri pada anak umumnya bergantung pada pengamatan orang tua maupun tenaga kesehatan terhadap tanda dan respons yang ditunjukkan.

d. Genetik

Faktor genetik yang diwariskan dari kedua orang tua dapat memengaruhi tingkat sensitivitas seseorang terhadap nyeri, baik meningkatkan maupun menurunkannya. Kombinasi gen yang dimiliki setiap individu berperan dalam menentukan karakteristik biologis dan psikologis yang berkaitan dengan respons terhadap nyeri. Variasi genetik tersebut menyebabkan setiap orang memiliki ambang nyeri dan kemampuan beradaptasi terhadap nyeri yang berbeda-beda.

e. Faktor Psikologis

Faktor psikologis berperan penting dalam memengaruhi persepsi dan ekspresi nyeri. Kondisi seperti depresi dan kecemasan dapat meningkatkan sensitivitas seseorang terhadap nyeri, sehingga intensitas nyeri yang dirasakan menjadi lebih tinggi. Makna yang diberikan individu terhadap pengalaman nyeri juga memengaruhi tingkat dan kualitas nyeri yang dirasakan. Selain itu, hubungan antara

nyeri dan kecemasan bersifat timbal balik, di mana kecemasan dapat memperberat persepsi nyeri, sementara nyeri yang dialami dapat memicu atau meningkatkan kecemasan. Mekanisme tersebut melibatkan berbagai struktur otak, seperti girus cingulatus anterior dan korteks prefrontal ventral kanan, serta sistem neurotransmiter serotonin dan norepinefrin yang berperan dalam modulasi rangsangan sensorik dan persepsi nyeri.

f. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman nyeri yang pernah dialami sebelumnya dapat memengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri yang dirasakan saat ini. Riwayat nyeri yang berulang, terutama tanpa penanganan yang memadai, dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan setiap kali nyeri muncul kembali. Sebaliknya, individu yang telah memiliki pengalaman menghadapi jenis nyeri yang sama cenderung lebih mampu beradaptasi dan mengetahui cara mengatasinya, sehingga respons terhadap nyeri dapat menjadi lebih terkendali dibandingkan seseorang yang baru pertama kali mengalaminya (Dewi et al., 2025).

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

A. Berdasarkan Jenis Nyeri

1) Nyeri Nosiseptik

Nyeri nosiseptif merupakan rasa tidak nyaman yang muncul akibat adanya rangsangan atau kerusakan pada kulit, jaringan subkutan, maupun membran mukosa. Nyeri ini biasanya dirasakan sebagai sensasi panas atau tajam dan dapat ditunjukkan lokasinya secara jelas.

Contohnya adalah nyeri yang dialami pasien setelah operasi dan pada kasus luka bakar.

2) Nyeri Neurogenik

Nyeri neurogenik terjadi akibat gangguan atau kerusakan pada sistem saraf, terutama saraf perifer. Penderita umumnya merasakan sensasi seperti tersengat, terbakar, atau sentuhan yang menimbulkan ketidaknyamanan. Salah satu contoh kondisi yang menimbulkan nyeri jenis ini adalah herpes zoster.

3) Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik merupakan nyeri yang berkaitan dengan faktor psikologis atau gangguan kejiwaan. Kondisi ini sering ditemukan pada individu yang mengalami depresi, kecemasan (ansietas), atau masalah emosional lainnya.

B. Berdasarkan Waktu Nyeri

1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan rasa nyeri yang muncul akibat kerusakan jaringan yang terjadi secara tiba-tiba maupun bertahap, dengan tingkat keparahan mulai dari ringan hingga berat. Nyeri ini bersifat sementara dan umumnya berlangsung selama kurang dari atau sama dengan tiga bulan.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan yang terjadi secara mendadak maupun progresif, dengan intensitas

yang bervariasi dari ringan hingga berat. Nyeri ini berlangsung dalam jangka waktu lama, yaitu tiga bulan atau lebih.

C. Berdasarkan Derajat Nyeri

1) Nyeri Ringan

Nyeri ringan merupakan nyeri yang muncul sesekali dan umumnya dirasakan saat melakukan aktivitas sehari-hari, namun belum menimbulkan gangguan yang berarti terhadap fungsi tubuh.

2) Nyeri Sedang

Nyeri sedang adalah nyeri yang dirasakan secara terus-menerus sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, tetapi keluhan tersebut biasanya berkurang atau menghilang ketika pasien beristirahat.

3) Nyeri Berat

Nyeri berat merupakan nyeri yang berlangsung terus-menerus sepanjang hari dan menimbulkan ketidaknyamanan yang signifikan, sehingga penderitanya mengalami kesulitan untuk beristirahat atau tidur.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Fokus pengkajian keperawatan pada ibu post partum, sebagai berikut :

1. Riwayat obstetrik

a. Riwayat menstruasi : dikaji terkait usia berapa ibu mengalami menstruasi, berapa hari siklus menstruasi, siklus menstruasi normal atau tidak, dan lainnya
b. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas : dikaji terkait jenis persalinan, tempat persalinan, siapa saja yang membantu saat persalinan, apakah ada komplikasi pada ibu atau bayi, bagaimana keadaan bayi saat lahirm dan bagaimana proses nifas ibu berlangsung, apakah ibu menyusui atau menggunakan susu formula.
c. Riwayat konstrasepsi : mengetahaui riwayat program kontrasepsi yang digunakan, adalanya masalah dalam pemakaian kontrasepsi dan selama nifas apakah menggunakan kontrasepsi

2. Riwayat persalinan saat ini
   a. Dilakukan pengkajian terkait tanggal dan waktu persalinan, tempat persalinannya dimana siapa saja penolong persalinan, jenis persalinan apakah pervaginam atau tindakan *sectio caesarea*, apakah ada komplikasi persalinan pada ibu atau bayi, bagaiana keadaan plasenta dan tali pusatnya, berapa lamanya waktu persalinan berlangsung, berapa jumlah perdarahan, dan bagaimana kondisi bayi saat baru lahir.
   b. Riwayat operasi abdomen atau tindakan *sectio caesarea*: dikaji terkait tempat, penolong, dan tanggal dilakukannya operasi.
   c. Riwayat psikososial: bagaimana seorang ibu melewati fase *taking in, taking hold,* dan *letting go* serta saat ini ibu sedang berada pada fase yang mana.

d. Pengkajian status fisiologis maternal: untuk mengingat komponen yang diperlukan dalam pengkajian postpartum, banyak perawat menggunakan istilah BUBBLE-LE yaitu termasuk *breast* (payudara), uterus (rahim), bowel (fungsi usus), bladder (kandung kemih), lochea (lokia), episiotomy (episiotomi/perinium), *lower extremity* (ekstremitas bawah), dan Emotion (emosi).

3. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh: pada 24 jam setelah melahirkan suhu badan naik sedikit (37,5°C hingga 38°C) sebagai dampak dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan yang berlebihan, dan kelelahan.
2) Nadi: sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat dari denyut nadi normal orang dewasa (60 sampai 80x/menit).
3) Tekanan darah, biasanya tidak berubah, kemungkinan bila tekanan darah tinggi atau rendah karena terjadi kelainan seperti perdarahan dan preeklamsia.
4) Pernafasan, frekuensi pernafasan normal orang dewasa adalah 16 sampai 24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

b. Pemeriksaan thorax (payudara)

1) Inspeksi payudara : Kaji ukuran, bentuk, warna dan kesimetrisan yang perlu diperhatikan jika ada kelainan, seperti pembesaran masif, permukaan yang tidak rata seperti adanya lesi atau ada luka pada kulit

payudara perlu dipikirkan kemungkinan adanya tumor. Kaji warna kulit, adanya kemerahan pada kulit yang dapat menunjukan adanya peradangan.

2) Palpasi payudara : Pengkajian palpasi di payudara selama masa post-partum untuk mengecek apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada hari 1-2 post-partum, payudara tidak banyak berubah kecuali sekresi kolostrum yang banyak. Saat menyusui, perhatikan perubahan payudara dengan menginspeksi puting dan areola apakah ada tanda tanda kemerahan dan pecah. Setelah menyusui payudara yang sebelumnya penuh dan bengkak biasanya akan menjadi lembut dan nyaman.

c. Pemeriksaan Abdomen

1) Inspeksi Abdomen : Mengkaji keadaan abdomen, apakah teksturnya lembek atau keras. Jika keras menunjukan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan. Kemudian, pada ibu dengan postpartum *sectio caesarea* perlu di inspeksi pula terkait balutan luka *sectio caesarea*, bagaimana kondisinya, apakah bersih dan kering atau kotor dan basah karena rembesan darah atau pus atau air.
2) Palpasi Uterus : Perawat mengkaji tonus uterus, posisi dan tinggi fudus uteri dengan meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemih posisi kepala datar posisi supinasi.

d. Pemeriksaan kandung kemih

Perawat mengkaji urin yang keluar pada ibu postpartum untuk mengidentifikasi kesulitan berkemih, buang air kecil yang harus terjadi dalam

waku 6-8 jam setelah melahirkan dengan jumlah urin kurang dari 8 jam setelah melahirkan minimal 150 ml. Pada ibu yang terpasang dower kateter, maka perlu di evaluasi terkait produksi urine sebelum di buang.

e. Pemeriksaan perineum

Pengkajian perenium harus dilakukan 4 jam untuk 24 jam pertama setelah melahirkan, menginspeksi perenium dengan cara posisi ibu miring dan menekuk kaki kearah dada digunakan istilah REEDA untuk menilai kondisi episiotomi atau laserasi perineum, REEDA singkatan (*Redness* atau kemerahan, *Edema*, *Ecchymosis* atau ekimosis, *Discharge* atau keluaran, dan *Approximate* atau perlekatan) pada luka episiotomi.

f. Pemeriksaan lochea

Mengkaji jumlah, warna, konsistensi dan bau lokhea pada ibu post-partum, lokhea yang berbau busuk yang dinamakan lokhea purulenta menunjukan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani.

g. Pemeriksaan fisik ekstremitas bawah

Biasanya pada ektermitas bawah perawat mengkaji kekuatan, edema, nyeri dan tanda-tanda tromboembolis pada periode immediate postpartum. Untuk mengkaji *Deep Vein Thrombosis* (DVT) pada ekstermitas bawah diperiksa apakah adanya panas, merah, rasa sakit dan pembengkakan dengan menilai sirkulasi kaki dan memeriksa puls daerah pedalis dan mencatat suhu dan warna. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

h. Pengkajian tingkat energi dan kualitas istirahat

Perawat harus mengkaji mengenai pola istirahat dan gangguan tidur yang dialami seperti jumlah istirahat, tidur, dan mencarikan solusi untuk meningkatkan istirahat pada ibu postpartum.

i. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh ibu post partum, baik nyeri pada area perineum maupun nyeri pada area abdomen pada post partum dengan metode SC. Karakteristik nyeri dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST.

1) P *(Provocate),* tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada ibu, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cidera atau terdapat luka termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan faktor psikologisnya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari faktor psikologis bukan dari cideranya.
2) Q *(Quality)* kualitas nyeri, merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiKarya Ilmiah Akhir Nerskan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di tekan.
3) R *(Region),* untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerahh yang dirasakan tidak nyaman.
4) S *(Scale),* tingkat keparahhan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri,

kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggukan skala nyeri yang sifatnya kuantitas. Rentang skala nyeri yaitu antara 1-10.

5) T *(Time)*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain.

j. Pengkajian emosi, biasa terjadi postpartum blues seperti mudah marah, sering menangis, tidak bisa tidur dan mood yang berubah-ubah yang dialami ibu post-partum.

k. Pemeriksaan penunjang : Pemeriksaan darah lengkap, utamanya hemoglobin dan hematokrit setelah post-partum 12-24 jam (jika Hb kurang dari 10 g/dL sehingga diberikan suplemen FE), eritrosit, leukosit dan trombosit

2.4.2 Analisa Data

Analisa data merupakan salah satu bagian dari tahap proses keperawatan, analisa data merupakan suatu kemampuan untuk mengkaitkan data serta menghubungkan adata dengan konsep dan prinsip yang relevan bertujuan untuk memudahkan dalam membuat kesimpulan untuk membuat diagnosa keperawatan. Terdapat 4 cara untuk menganalisi data yaitu: memvalidasi data dan observasi, Mengenali pola atau pengelompokan, serta membuat kesimpulan.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam

pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dibakukan sebelumnya yaitu Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar ini merupakan salah satu komitmen profesi keperawatan dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat sebagai klien dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh anggota profesi perawat (Hasina et al., 2023).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), diagnosa yang mungkin muncul pada ibu *post operasi sectio caesarea* yaitu :

1. D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan berfokus pada diri sendiri.
2. D.0075 Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus (proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semua) dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi dan merintih.
3. D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas.

4. D.0142 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif
5. D.0131 Hipotermia berhubungan dengan efek agen farmakologis (post anastesi atau sedasi) ditandai dengan menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah normal,bradikardi, CRT lebih dari 2 detik, hipoksia dan dasar kuku tampak sianotik.
6. D.0049 Konstipasi behubungan dengan efek agen farmakologis (sedasi) ditandai dengan peristaltik usus menurun, distensi abdomen, teraba massa pada rektal dan mengejan saat defekasi.

2.4.4 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan rencana tindakan menurut Standar Intervensi Keperawatan (PPNI, 2018) sebagai berikut :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, dan berfokus pada diri sendiri.	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriterian hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaphoresis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot	**Manajemen Nyeri (1.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Idenfikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadp respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesik **Terapeutik** 1. Berikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (missal, TENS, hypnosis akupseur, terapi music, terapi pijat, imajinasi terbimbing, terapi bermain)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgesic
2	D.0075 Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus (proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semua) dibuktikan dengan mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi dan merintih.	**Status Kenyamanan Pascapartum (L.07061)** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan status kenyamanan pascapartum meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Ketuban tidak nyaman meningkat 2. Meringis meningkat 3. Luka episiotomi meningkat 4. Kontraksi uterus meningkat 5. Berkeringat meningkat 6. Menangis meningkat 7. Merintih meningkat 8. Hemoroid meningkat 9. Kontraksi uterus menurun 10. Payudara bengkak menurun 11. Tekanan darah menurun 12. Frekuensi nadi menurun	**Perawatan Pasca *Sectio caesarea* (1.14567)** **Observasi :** 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (misal. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochea). 4. Monitor kondisi luka dan balutan **Terapeutik :** 1. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian ibu terkait pembedahan 2. Pindahkan ibu ke ruang rawat nifas 3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 4. Fasilitas kontak kulit ke kulit dengan bayi 5. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan
3	D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dan gerakan terbatas.	**Mobilitas Fisik (L.05042)** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama3 kali 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun	**Dukungan Mobilisasi (1.05173)** **Observasi :** 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik :**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) 2. fasilitas melakukan mobilisasi dini 3. libatkan keluarga untuk membantu ibu dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi:** 1. jelaskan tujuan dan prosedur tindakan mobilisasi 2. anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
4	D.0142 Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	**Tingkat Infeksi (L.14137)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Vesikel menurun 9. Cairan berbau busuk menurun 10. Sputum bewarna hijau menurun 11. Drainase purulent menurun 12. Piuna menurun 13. Periode malaise menurun 14. Periode menggigil menurun 15. Lelargi menurun 16. Gangguan kognitif menurun 17. Kadar sel darah putih membaik 18. Kultur darah membaik 19. Kultur urine membaik 20. Kultur sputum membaik 21. Kultur area luka membaik	**Pencegahan Infeksi (1.14539)** **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik **Terapeutik** 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan ibu dan lingkungan ibu 4. Pertahankan teknik aseptic pada ibu beresiko tinggi **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		22. Kultur feses membaik 23. Kadar sel darah putih membaik	
5	D.0131 Hipotermia berhubungan dengan efek agen farmakologis (post anastesi atau sedasi) ditandai dengan menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah normal,bradikardi, CRT lebih dari 2 detik, hipoksia dan dasar kuku tampak sianotik.	**Termoregulasi (L14134)** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan termoregulasi membaik. Dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokontriksi perifer menurun 8. Kutis memorata menurun 9. Pucat menurun 10. Takikardia menurun 11. Takipneu menurun 12. Bradikardi menurun 13. Dasar kukus sianolik menurun 14. Hipoksia menurun 15. Suhu tubuh membaik 16. Suhu kulit membaik 17. Kadar glukosa darah membaik 18. Pengisian kapiler membaik 19. Ventilasi membaik 20. Tekanan darah membaik	**Manajemen Hipotermia (1.14507)** **Observasi :** 1. Monitor suhu tubuh 2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3. Monitor tanda dan gejala akibat hippotermia **Terapeutik :** 1. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator) 2. Ganti pakaian atau linen yang basah 3. Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 4. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kanggguru) 5. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat) **Edukasi :** 1. Anjurkan makan atau minuman hangat.
6	D.0049 Konstipasi behubungan dengan efek agen farmakologis (sedasi) ditandai dengan peristaltik usus menurun, distensi abdomen, teraba massa pada rektal dan mengejan saat defekasi.	**Eliminasi fekal (L.04033)** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Distensi abdomen menurun 5. Terasa massa pada rektal menurun 6. Urgency menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen 9. Konsistensi feses membaik	**Manajemen eliminasi fekal (1.04151)** **Observasi :** 1. Identifikasi masalah usus dan obat pencahar 2. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3. Monitor buang air besar (mis. Warna,frekuensi, konsistensi, volume) 4. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi **Terapeutik :** 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekal bersama ibu 3. Sediakan makanan tinggi serat **Edukasi :** 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		10. Frekuensi defekasi membaik 11. Peristaltik membaik	2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi **Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian obat supositorial anal, jika perlu

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian 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 yang sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

2.4.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Sinaga & Batubara, 2024). Evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif (proses) merupakan aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh: membantu ibu duduk semifowler, ibu dapat duduk selama 30 menit tanpa pusing dan sesak napas (Sinaga & Batubara, 2024).

Evaluasi Sumatif (hasil) Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Focus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan.Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna (Sinaga & Batubara, 2024).

2.5 Konsep Masalah Keperawatan

2.5.1 Pengertian

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat yang merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Nyeri akan berhenti dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan lain sebagainya.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri dan memberikan respons emosi perilaku seperti mengerutkan wajah, menangis, mengerang, atau menyeringai.

2.5.2 Data Mayor dan Data Minor

Berikut tanda dan gejala nyeri akut menurut (PPNI, 2017) :

Tabel 2.2 Data Mayor dan Data Minor Nyeri Akut

Tanda dan gejala mayor	
Subjektif	**Objektif**
1. Mengeluh nyeri dapat di ukur menggunakan pengukuran skala sebagai berikut : - FLACC *Behavioral Pain Scale* untuk usia kurang dari 3 tahun	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindar) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat

- Baker-Wong-FACES scale untuk usia 3-7 tahun - *Visual analogue scale* atau *numeric rating scale* untuk usia diatas 7 tahun	5. Sulit tidur
Tanda dan gejala minor	
Subjektif	**Objektif**
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaphoresis

2.5.3 Faktor Penyebab

Faktor penyebab nyeri akut sendiri terbagi menjadi 3 yaitu terkait dengan agen pencedera fisiologis, kimiawi dan fisik. Pada ibu *post operasi sectio caesarea* penyebab nyeri akut sendiri akibat agen pencedera fisik dimana terdapat sayatan atau insisi pada abdomen, trauma pada jaringan, dan traksi organ selama operasi. Hal ini selaras dengan tanda gejala awal ibu *post operasi sectio caesarea* yang mengeluh nyeri, tampak meringis kesakitan.

2.5.4 Penatalaksanaan

a. Terapi Farmakologi

Sebagian besar pedoman klinis dan tinjauan pustaka merekomendasikan penerapan multimodal analgesia, yaitu pendekatan yang mengombinasikan beberapa obat dengan mekanisme kerja yang berbeda untuk menghasilkan efek analgesik yang lebih optimal sekaligus meminimalkan efek samping dibandingkan penggunaan satu jenis obat saja. Kombinasi yang umum digunakan meliputi parasetamol, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), serta opioid apabila diperlukan. Penggunaan opioid dianjurkan dalam

bentuk kerja cepat, dengan dosis efektif terendah dan lama pemberian sesingkat mungkin (Hsu et al., 2021).

b. Terapi Nonfarmakologi

Penatalaksanaan nyeri akut secara nonfarmakologis merupakan pendekatan yang dilakukan tanpa pemberian obat dan bertujuan untuk membantu mengurangi intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta memperbaiki kemampuan pasien dalam menghadapi nyeri. Intervensi ini berperan sebagai terapi komplementer yang dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis sehingga pengendalian nyeri menjadi lebih optimal (Hsu et al., 2021).

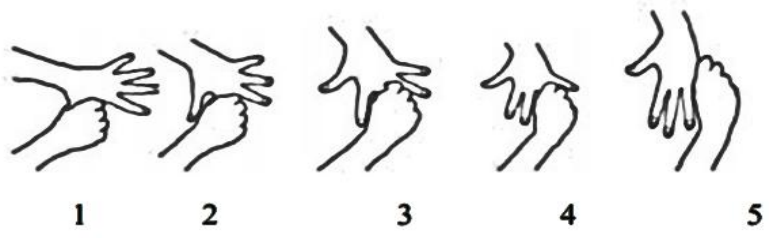
Berbagai intervensi nonfarmakologis yang dapat diterapkan antara lain teknik relaksasi napas dalam, relaksasi Benson, distraksi, terapi musik, kompres hangat atau dingin sesuai indikasi, imajinasi terbimbing, perubahan posisi, pijat, serta teknik finger hold. Pemilihan intervensi disesuaikan dengan kondisi klinis, penyebab nyeri, dan kebutuhan pasien agar memberikan hasil yang maksimal.

2.5.5 Finger hold

a. Pengertian

Terapi *hold finger* atau relaksasi genggam jari merupakan terapi relaksasi yang ditemukan dari akupresur Jepang yang disebut dengan teknik *Jin Shin Jyutsu*. Terknik tersebut merupakan cara yang menggunakan sentuhan sederhana dengan tangan dan setiap jari beriringan dengan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Setiap jari dan telapak tangan dipercayai memiliki hubungan yang selaras dengan emosi dan energi, sehingga saat telapak tangan saling menggenggam jari terdapat

saluran energi yang dirasakan dari sensasi hangat disetiap genggaman yang menyebabkan perasaan rileks, tenang dan membantu masalah ansietas serta sakit kepala. Manfaat lain dari terapi *hold finger* ialah dapat mengurangi nyeri, takut, cemas, menenangkan pikiran, mengontrol emosi, memberikan perasaan yang nyaman dan dapat melancarkan aliran dalam darah (Mohamed et al., 2023). Terapi *hold finger* dipercaya dapat mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pada ibu *post operasi sectio caesarea*.



Gambar 2.2 *Finger Hold*

b. Mekanisme

Relaksasi genggam jari atau *finger hold* menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan "gerbang" tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau berkurang dan intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi gengga jari yang lebih dahulu mencaoai otak. Selain itu relaksasi *finger hold* dapat menstimulasi otak guna menghasilkan hormon endorfin dan menurunkan hormon kortisol (Syarifudin et al., 2025).

c. Manfaat

Manfaat relaksasi *finger hold* atau genggam jari, untuk mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggaman jari akan mengalirkan

semacam gelombag listrik atau kejut menuju otak yang akan diproses dengan cepat dan diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi akan menjadi lancar. Adapun manfaat dari teknik menurut (M. A. Ramadhani & Aprianti M, 2024) ini adalah :

- Memberikan rileks dan nyaman
- Memperbaiki aspek emosi
- Menurunkan kecemasan dan depresi
- Menurunkan rasa nyeri

d. Evidance Based Pemberian Terapi *Finger hold*

Hasil penelitian terdahulu dari Ferikawati, (2022) teknik genggam jari *(finger hold)* selama 10 menit pada ibu *post sectio caesarea* dapat menurunkan intensitas nyeri, ketegangan otot dan ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu akan dikeluarkan melalui sentuhan lima jari guna memberikan rasa rileks dan nyaman. Teknik *finger hold* sendiri merupakan teknik sederhana, yang dapat dilakuakan dimana saja. Teknik ini juga dapat menghangatkan titik energi yang berhubungan dengan organ tubuh serta emosi yang mana saluran energi sendiri terletak pada jari tangan. Sehingga saat teknik ini dilakukan akan mengeluarkan rangsangan refleksi dan menghantarkan semacam gelombang ke otak untuk dihantarka ke saraf organ tubuh yang mengalami ganggaun yang terdapat sumbatan akan memudar dan nyeri berkurang.