

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Marselina, 2021).

Menurut Muliani et al ,c(2020) bahwa *Sectio caesarea* adalah salah satu bentuk pengeluaran fetus melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomy) dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih.

2.1.2 Etiologi

Tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* dilakukan dengan indikasi sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta, komplikasi kehamilan yaitu preklamsia – eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit jantung dan DM, sedangkan menurut Marselina, (2021) yaitu : disproporsi kepala panggul/CPD/FPD, disfungsi uterus dan distosia jaringan lunak, indikasi yang berasal dari janin yaitu : fetal distres/ gawat janin, mal presentase dan malposisi

kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum.

2.1.3 Indikasi

Indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress, janin besar melebihi 4.000 gram dan kelainan pada janin. Dari beberapa faktor *sectio caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa indikasi di lakukanya *sectio caesarea* sebagai berikut :

1. CPD (*Chepalo PelvikDisproportion*)

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang – tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan ataupun panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan parologis tersebut menyebabkan bentuk rongga operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran – ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre – Eklamsi Berat)

Preeklamsia dan eklamsia merupakan satu kesatuan kondisi patologis yang secara langsung berkaitan dengan kehamilan, meskipun mekanisme pasti penyebabnya hingga saat ini belum sepenuhnya diketahui. Setelah perdarahan dan infeksi, kedua kondisi ini menempati urutan tertinggi sebagai penyebab utama kematian maternal dan perinatal dalam bidang obstetri. Oleh karena itu, deteksi dini sangatlah penting guna mencegah progresivitas preeklamsia menuju eklamsia. Kemampuan dalam melakukan identifikasi secara tepat serta penanganan yang cepat dan tepat dapat secara signifikan menurunkan risiko komplikasi serius bagi ibu maupun janin.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini merupakan kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan, dan biasanya akan diamati dalam jangka waktu sekitar satu jam sebelum terjadi proses inpartu. Sebagian besar kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm, yaitu setelah usia kehamilan mencapai 37 minggu, meskipun kondisi ini juga dapat terjadi pada usia kehamilan kurang dari 36 minggu.

4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *sectio caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi.

5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibusulit bernafas.

6. Kelainan letak janin

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi sektio caesarea menurut Marselina, (2021) adalah sebagai berikut :

a. Sekmen bawah : Insisi melintang

Metode ini memungkinkan proses persalinan secara abdominal (melalui dinding perut) dilakukan dengan aman, bahkan ketika dilakukan pada saat persalinan sedang berlangsung maupun dalam kondisi infeksi pada rongga uterus. Teknik insisi transversal pada segmen bawah uterus telah membawa perubahan besar dalam praktik obstetri dan menjadi inovasi penting dalam tindakan persalinan operatif.

b. Sekmen bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama dengan insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

c. Sectio caesarea klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi dilahirkan

degan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus dijahit dengan tiga lapis jahitan.

d. Sektio caesarea ekstrapéritoneal

Pembedahan ekstrapéritoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah penitoritis generalitasa yang sering bersifat fatal.

e. Histerektomi caesarea

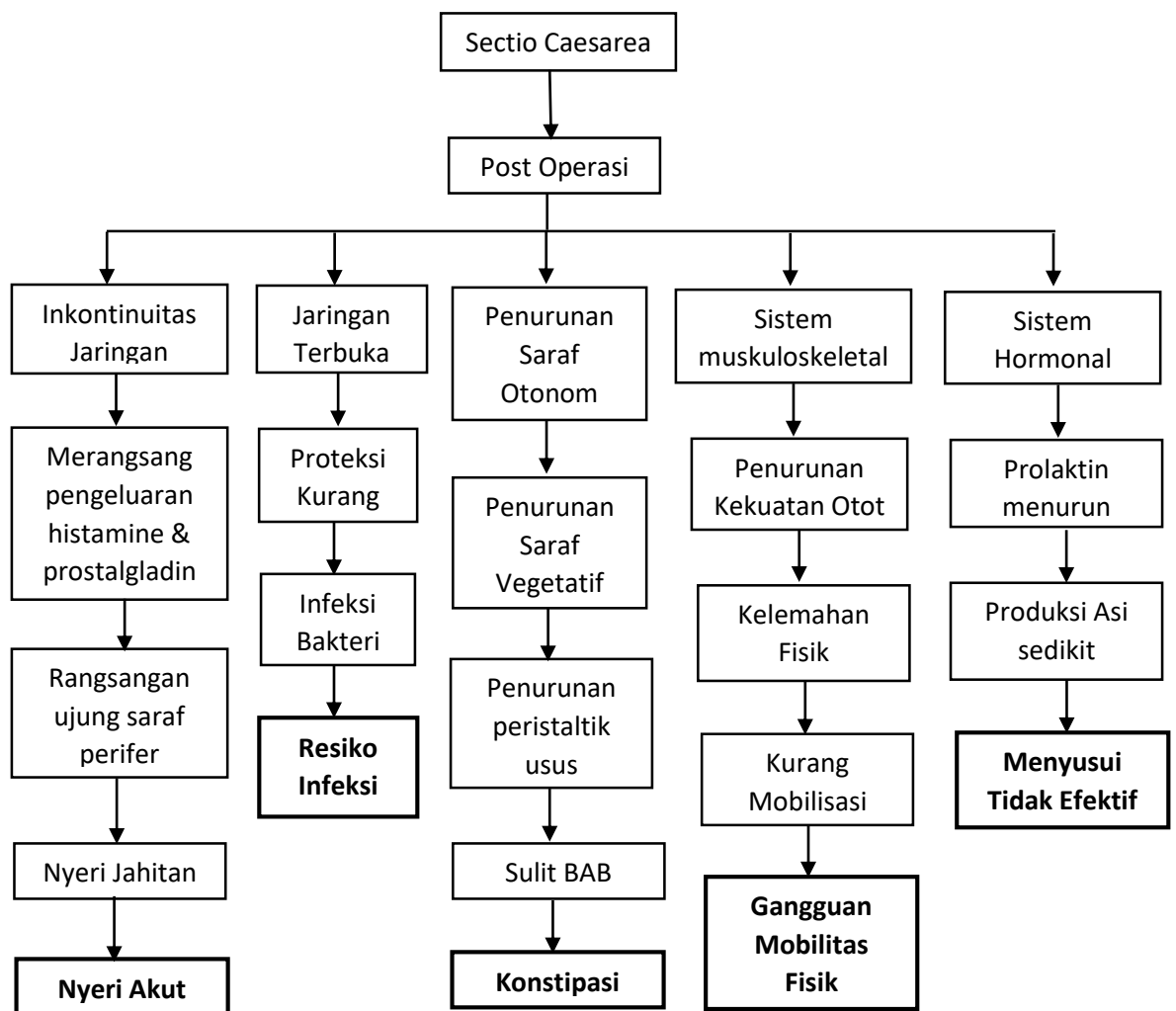
Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika memungkinkan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Alan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan pembedahan subtotal menjadi prosedur pilihan jika terdapat pendarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain

2.1.5 Patofisiologi

Gangguan atau kelainan pada proses persalinan yang mengakibatkan ketidakmampuan bayi untuk lahir secara normal atau spontan, seperti yang disebabkan oleh cephalopelvic disproportion (CPD), preeklamsia, ketuban pecah dini, serta adanya hambatan pada jalan lahir, memerlukan intervensi medis berupa tindakan pembedahan *sectio caesarea*. Dalam proses operasinya dilakukan tindakannya anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah gangguan mobilisasi, Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding

abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi, hal ini akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Marselina, 2021).

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Sectio Caesarea

2.1.7 Komplikasi

Menurut Marselina, (2021) komplikasi section caesarea yaitu :

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.
2. Infeksi, Antibiotik profilaktik biasaya diberikan untuk sectio caesarea, terutama jika operasi dilakukan setelah ketuban pecah.
3. Thrombosis
 - a. Risiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah pelahiran melalui vagina
 - b. Biasanya terjadi pada vena tungkai atau panggul
 - c. Risiko berupa embolisme thrombus pada pembuluh darah paru
 - d. Antikoagulan profilaktik diberikan, terutama pada ibu yang berisiko tinggi (usia diatas 35 tahun, anemia, riwayat thrombosis, obesitas)
4. Ileus
 - a. Ileus ringan dapat berlangsung selama sehari sesudah operasi
 - b. Tangani secara konservatif dengan memberi cairan intravena dan jangan berikan oral hingga ibu flatus

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

- a. Pemberian cairan

Cairan diberikan karena pada 24 jam pertama pasien puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per IV harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

b. Diet

Pemberian minuman dengan jumlah sedikit boleh dilakukan apa bila pasien sudah flatusatau 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri, latihan duduk, dan latihan berjalan.

d. Kateterisasi

Kateter biasanya terpasang antara 24-48 jam, bisa lebih lama lagi tergantung keadaan pasien.

e. Pemberian obat-obatan

Diberikan antibiotik, cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai dengan indikasi.

f. Perawatan luka

g. Kondisi luka dilihat pada 1 hasi pasca operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dandiganti.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Menurut Rumandani & Haniyah, (2023) nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat.

Penderitanya mengatakan bahwa nyeri itu benar-benar menyakitkan tubuh. Reseptor nyeri ada di kulit, persendian, tulang, dinding arteri, membran saraf yang mengelilingi otak, dan usus (Muliani et al., 2020).

2.2.2 Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri disebut *nociceptor* merupakan ujung-ujung syaraf bebas, tidak bermielin atau sedikit bermielin dari neuron afferen. Nociceptor-nociceptor tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat ada struktur yang lebih dalam seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Nociceptor memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Yang tergolong stimulasi kimia terhadap nyeri adalah histamine, bradikinin, prostaglandin, bermacam-macam asam (Marselina, 2021). Sebagian bahan tersebut dilepaskan oleh jaringan yang rusak. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada nociceptor yang menghubungkan jaringan.

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut, Nurhayati et al., (2022) nyeri dapat dibagi berdasarkan waktu terjadinya, nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah sensasi sakit yang bisa berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Biasanya, cedera ini akan berhenti secara otomatis dan hilang tanpa pengobatan setelah cedera sembuh sepenuhnya.

2. Nyeri Kronis

Nyeri yang berlangsung terus-menerus atau secara intermiten selama jangka waktu tertentu disebut nyeri kronis. Nyeri kronis seringkali sulit diatasi karena biasanya tidak merespon terhadap pengobatan yang ditujukan pada sumber nyeri

2.2.4 Pengalaman Nyeri

Menurut Ramadanty, (2020), pengalaman nyeri seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal :

1. Makna nyeri

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga untuk orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya, manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang negatif, walaupun nyeri juga memiliki aspek positif. Beberapa makna nyeri antara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misalnya infeksi).

2. Persepsi nyeri

Nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa.

3. Toleransi Terhadap Nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum pasien mencari pertolongan. Meskipun setiap orang memiliki pola penahan nyeri yang relatif stabil, tingkat toleransi berbeda tergantung pada situasi yang ada.

4. Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang menanggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi. Sebagian orang merespons nyeri dengan menangis, mengerang dan menjerit-jerit, meminta pertolongan, gelisah di tempat tidur, atau berjalan mondar-mandir tak tentu arah untuk mengurangi rasa nyeri. Sementara yang lain tidur sambil menggemertakkan gigi, mengepalkan tangan, atau mengeluarkan banyak keringat ketika mengalami nyeri.

2.2.5 Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Menurut Ramadanty, (2020). berikut faktor yang mempengaruhi nyeri :

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

4. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertasi peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

5. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan.

2.2.6 Alat pengukur nyeri

2.2.6.1 Skala Penelitian Numerik/ *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dalam skala ini, terdapat sebuah garis mendatar dengan panjang sebesar 10 cm dan dibagi menjadi angka 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat keparahan rasa sakit. Skala ini dikelompokkan menjadi berbagai kategori (Ramadanty, 2020). Seperti pada gambar dibawah :

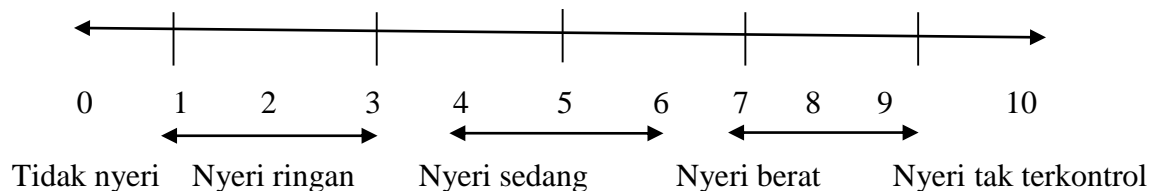
Skala 0 : tidak nyeri

Skala 1-3 : nyeri ringan

Skala 4-6 : nyeri sedang

Skala 7-9 :nyeri berat

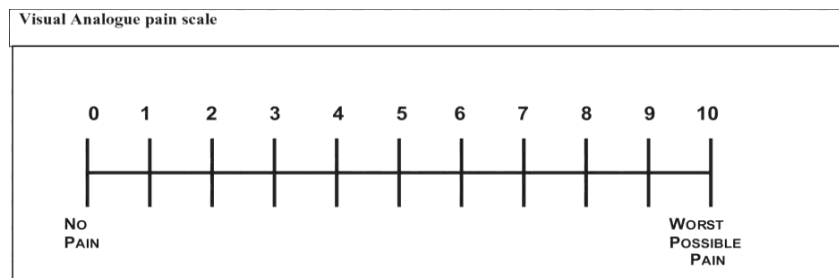
Skala 10 : nyeri hebat (Nyeri tidak terkontrol)



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale*

2.2.6.2 Skala Analog Visual

Skala analog visual digunakan untuk mengevaluasi tingkat keparahan nyeri. Skala ini terdiri dari garis horizontal sepanjang 10cm dengan label yang menandakan tingkat nyeri yang berbeda di setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjukkan titik di sepanjang garis yang mencerminkan intensitas nyeri yang mereka rasakan (Ramadanty, 2020). Alat pengukur tingkat nyeri ini dapat membantu mengukur tingkat kriteria sebagai berikut: mudah digunakan dan dimengerti, dibutuhkan sedikit usaha dari pihak pasien. mudah dinilai. sensitive terhadap perubahan kecil dalam intensitas nyeri. Skala analog visual, dibawah ini :



Gambar 2.3 Skala Analog Visual

2.2.6.3 Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

Untuk menunjukkan penurunan, skala ini terdiri dari enam gambar wajah dalam profil animasi yang mulai dari ekspresi menyeringai penderitaan, lalu secara bertahap berubah menjadi wajah yang kurang bahagia, semakin menyedihkan, dan akhirnya menjadi ekspresi sangat ketakutan yang mencerminkan penderitaan yang hebat. Skala nyeri

tersebut terasa sangat mengerikan. Berikut adalah Gambar 2.4 Skala Nyeri Wong-Baker FACES yang dijelaskan di bawah ini.:



Gambar 2.4 Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

2.2.7 Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Larasati, 2020) strategi dalam upaya penatalaksanaan nyeri atau disebut dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi rasa sakit akibat nyeri. Prosedur penatalaksanaan nyeri dapat mencakup terapi farmakologi dan non-farmakologis.

1. Penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik adalah metode yang paling dikenal luas untuk mengobati nyeri. Namun, karena informasi obat yang terkadang salah, perawat dan dokter biasanya tidak menggunakan analgesik saat menangani nyeri.

2. Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis

Perawatan non-farmakologis adalah upaya untuk mengurangi nyeri tanpa obat. Seorang perawat dapat secara mandiri melakukan manajemen nyeri non-farmakologis untuk membantu klien mereka mengurangi rasa

sakit. Beberapa strategi manajemen nyeri non-farmakologis meliputi dibawah ini :

a. *Massage*

Pijat adalah rangsangan umum pada kulit tubuh, sering kali terfokus pada pinggang dan bahu. Pijat dianggap dapat “menutup pintu gerbang” untuk menghambat jalannya rangsangan nyeri ke sistem saraf pusat.

b. Bimbingan antipasi

Pembimbingan antisipasi bertujuan untuk meningkatkan pemahaman klien tentang pengalaman nyeri. Tujuannya adalah untuk memberikan informasi yang jelas kepada klien sehingga mereka dapat memperbaiki hidup mereka dapat memahami dengan baik mengenai asal-usul, sifat, dan cara mengatasi nyeri. Melalui pendekatan ini, petugas perawat berharap dapat mencegah kesalahpahaman dan memberikan rasa aman kepada klien. Informasi yang disampaikan mencakup penjelasan mengenai penyebab nyeri, karakteristik nyeri, langkah-langkah keamanan yang telah diambil, strategi untuk mengatasi nyeri, dan ekspektasi yang dimiliki oleh klien terkait proses pemulihan.

c. Terapi es dan panas / kompres panas dan dingin

Perawatan es dapat mengurangi prostaglandin yang meningkatkan kesadaran akan rasa sakit dan reaksi subkutan lainnya di lokasi cedera dengan menekan nyeri. Sementara itu, perlakuan panas mempunyai manfaat aliran darah ke suatu area, yang mungkin mengurangi rasa sakit dan mempercepat penyembuhan.

d. Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (*Transcutaneous Eletrikal Nerve Stimulation*)

Transkutaneus Electrical Nerve Feeling (TENS) merupakan suatu alat yang memanfaatkan aliran listrik, baik frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa katoda pada kulit untuk menimbulkan sensasi menggigil, bergetar atau berdengung pada ruang penyiksaan. TENS diingat untuk mengurangi rasa sakit dengan menjiwai reaksi nyeri (*non-nosiseptor*) di wilayah tersebut sebagai transmisi yang mengirimkan rasa sakit.

e. Imajinasi terbimbing

Hal ini diakhiri dengan menggabungkan pernapasan berirama dengan gambaran psikologis relaksasi dan kenyamanan, "Bayangkan bahwa setiap napas yang Anda ambil saat ini sedang memulihkan energi yang mengalir perlahan melalui pembuluh darah Anda ke area nyeri yang dialami." Lakukan tindakan ini berulang-ulang dan konsisten selama beberapa saat (10-15 menit).

f. Distraksi

Distraksi diawali dengan berkonsentrasi pada beberapa pilihan lain dari nyeri. Oleh karena itu, diyakini bahwa kita tidak akan lagi fokus pada nyeri dan akan mengurangi keakraban kita dengan penderitaan bahkan meningkatkan kemampuan kita dalam menanggung rasa sakit.

2.3 Konsep *Foot Massage*

2.3.1 Pengertian

Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorphin (Rumhaeni et al., 2021).

Foot massage merupakan suatu teknik pemijatan ringan yang dilakukan pada kaki yang dapat memberikan efek rasa rileks dalam tubuh, serta nyaman. *Foot massage* adalah salah satu terapi non farmakologi yang dapat membantu menutup gerbang di posterior horns dari sumsum tulang belakang dan memblokir bagian dari nyeri ke sistem saraf pusat (Azizah et al., 2023).

Teknik pijat atau *massage* merupakan alternatif penganggulan nyeri non farmakologi dengan melakukan teknik sentuhan berupa teknik pemijatan secara ringan yang dapat membantu proses relaksasi di dalam tubuh dan menimbulkan rasa nyaman pada bagian kulit dan menurunkan tingkatan nyeri (Wijayanti et al., 2024)

2.3.2 Manfaat *Foot Massage*

Menurut Rumhaeni et al., (2021), selain dapat memperlancar sirkulasi darah di dalam tubuh *massage* juga bermanfaat untuk mengurangi rasa sakit/nyeri, mengurangi stress, bisa menyehatkan dan menyeimbangkan kerja organ tubuh

dan merangsang produksi hormon endorfin yang berfungsi untuk merelaksasikan tubuh.

Teknik non farmakologis Pijatan (*massage*) dapat memberikan relaksasi fisik dan mental, mengurangi nyeri dan meningkatkan keefektifan dalam pengobatan. Massage pada daerah yang diinginkan selama 15-20 menit dapat merelaksasikan otot dan memberikan istirahat yang tenang dan kenyamanan.

Melakukan pijatan pada tangan dan kaki dapat merangsang tubuh agar kembali seimbang. Memijat tangan dan kaki juga dapat memberikan beberapa manfaat bagi kesehatan ibu post partum yaitu melancarkan aliran peredaran darah dan mengurangi ketegangan otot (Wijayanti et al., 2024).

2.3.3 Teknik *Foot Massage*

Tindakan *foot massage* dapat diberikan saat pasien dalam posisi terlentang dan minimal melakukan pergerakan pada daerah abdomen untuk mengurangi nyeri. Pelaksanaan *foot massage* dilakukan pada 24-48 jam pasca operasi dan setelah 5 jam pemberian injeksi obat penurun nyeri, dimana pada saat itu pasien akan kehilangan reaksi dari obat tersebut dan merasakan nyeri kembali. Teknik *foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 5-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 2 kali (Azizah et al., 2023).

Teknik *foot massage* dengan melakukan pijatan pada kaki dapat menstimulus nervus (A-Beta) dikaki dan lapisan kulit yang berisi tactil dan reseptor. Reseptor mengirim impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem gate control diaktivasi melalui inhibitor interneuron dihambat, kemudian hasil inhibisi dari T-cell

menutup gerbang sehingga pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus pusat (Muliani et al., 2020).

2.3.4 *Foot Massage* terhadap Intensitas Nyeri

Menurut Muliani et al., (2020) *foot massage* dapat memberikan Rasa nyaman serta dapat mendistraksi rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang, hal ini sesuai dengan teori distraksi yang menyatakan apabila seseorang mendapatkan dua rangsangan atau stimulus secara bersamaan maka otak manusia tidak dapat mempersepsikan rangsangan tersebut secara bersamaan, melainkan rangsangan yang lebih kuat dan yang dirasakan paling menyenangkanlah yang akan dipersepsikan oleh otak.

Untuk penanganan non farmakologi nyeri post operasi abdomen, *foot massage* merupakan salah satu pilihan, karena di daerah kaki banyak terdapat saraf-saraf yang terhubung ke organ dalam, tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen untuk mengurangi rasa nyeri (Henniwati et al., 2022).

2.3.5 Evidence Based Tindakan *Foot Massage*

Hasil penelitian terdahulu dari Gianina Sindi M & Syahruramdhani Syahruramdhani, (2023) *Foot massage* adalah tindakan yang sistematis dan berirama, diberikan dalam bentuk sentuhan yang melibatkan berbagai manipulasi pada jaringan lunak di tubuh untuk meningkatkan kenyamanan, kesejahteraan, dan meringankan rasa sakit pasien. Serabut saraf di kaki dirangsang, kemudian menghasilkan hormon endorfin sebagai penghilang rasa sakit. Pada bagian kaki

memiliki reseptor nyeri tertinggi dimana setiap ekstremitas memiliki lebih dari 7.000 saraf ujung, sehingga *foot massage* mungkin menjadi salah satu cara yang efektif untuk menghilangkan rasa sakit dan kelelahan post sectio caesarea.

Hal ini sesuai dengan penelitian Wijayanti et al., (2024) yang menyatakan bahwa nosireseptor merupakan saraf yang memulai sensasi nyeri di mana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri yang terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, sehingga *foot massage* dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri.

Penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa peneliti menunjukkan bahwa *foot massage* dapat memberikan manfaat diantaranya adalah dapat menurunkan nyeri pasien post operasi Sectio Cesaria menurut penelitian yang dilakukan oleh Masadah, Cembun, dan Ridawati Sulaeman (2020), tentang “Pengaruh *Foot Massage Therapy* terhadap Skala Nyeri Ibu Post Operasi Sectio Cesaria di Ruang Nifas RSUD Kota Mataram”. Pemberian terapi *foot massage* diberikan selama 20 menit dengan masing masing kaki 10 menit. Penilaian kembali dilakukan 1 jam setelah intervensi. Didapatkan rata-rata skala nyeri sebelum intervensi yaitu 6,55, dan setelah intervensi skala nyeri menurun mnjadi 4,86. Hasil uji statistik didapatkan $p < 0,000$ hal ini menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan terapi *foot massage* terhadap nyeri post section caesarea. Penelitian ini dilakukan sesuai dengan prosedur dan koordinasi yang baik dengan pasien sehingga menghasilkan tingkat efektivitas dan keberhasilan penurunan skala nyeri yang nyata (Pratiwi et al., 2023).

2.3.6 Penatalaksanaan *Foot Massage*

Menurut Standar operasional prosedur yang dilakukan Herawati, (2020) berikut adalah tata cara pelaksanaan teknik *foot massage* :

1. Gerakan pertama disebut efluarge yaitu memijat dari pergelangan kaki ditarik sampai ke jari-jari. Gerakan ini dapat dilakukan beberapa kali sampai 3-4 kali.



2. Gerakan kedua ini sama dengan gerakan pertama yaitu menarik dari pergelangan kaki sampai ke ujung jari-jari kaki diakhiri dengan tarikan kecil pada jari kaki. Gerakan ini dilakukan pada semua jari-jari kaki dari jempol sampai kelingking.



3. Lakukan seperti gerakan pertama yaitu menelengkupksn tangan pada atas dan telapak kaki, Tarik secara perlahan dari pergelangan kaki sampai ke jari-jari kaki. Gerakan ini dilakukan 3-4 kali. Gambar dibawah ini :



4. Pegang kaki, lakukan pemijatan pada bagian tumit dengan gerakan melingkar. Penekanan pemijatan dipusatkan pada jempol tangan seperti gerakan-gerakan memutar kecil searah jarum jam. Gerakan ini dilakukan 3-4 kali.



5. Lakukan pemijatan dengan memfokuskan penekanan pada jempol, jari telunjuk dan jari tengah dengan membuat tarikan dari mata kaki ke arah tumit. Dilakukan 3-4 kali.



6. Lakukan pemijatan penekanan yang berfokus pada jempol, mengusap pada telapak kaki bagian atas hingga ke bawah. Langkah ini dilakukan 3-4 kali



7. Sama seperti gerakan ke-6, tetapi gerakan ini dilakukan pada telapak kaki bagian tengah dilakukan 3-4 kali.



8. Buat gerakan kecil memutar dengan memberikan sedikit penekanan yang berfokus pada jempol, gerakan ini dilakukan dari bagian atas telapak kaki (bawah jempol kaki) hingga bagian tumit. Gerakan ini dilakukan tidak dilakukan berulang cukup sekali.



9. Hampir sama seperti gerakan ke-8 akan tetapi dilakukan di area bagian tengah telapak kaki. Gerakan ini cukup dilakukan sekali



10. Melakukan penekanan pada bawah jari. Gerakan ini dilakukan pada semua jari kaki dengan menekan dan memberikan putaran-putaran kecil searah jarum jam. Setiap jari kaki dilakukan 3-4 kali pijatan.



11. Memberikan penekanan dan gerakan memutar kecil. Gerakan dilakukan 3-4 kali



12. Memutar pergelangan kaki, gerakan dapat dilakukan 3-4 kali



13. Regangkan kaki dengan memegang daerah pergelangan kaki dan memberikan sedikit dorongan keluar pada telapak kaki bagian atas. Gerakan ini dilakukan 3-4 kali



14. Memberikan usapan lembut dengan sedikit penekanan dari pergelangan kaki sampai semua ujung kaki. Gerakan dilakukan 3-4 kali dan ditutup dengan mengusap satu kali dengan lembut dari pergelangan kaki sampai ujung kaki tanpa melakukan penekanan.

2.4 Konsep Aromaterapi lemon

2.4.1 Pengertian Aromaterapi Lemon

Minyak esensial lemon memiliki linalool, yang merupakan komponen utama yang memiliki kemampuan untuk menghentikan prostaglandin dan, sebagai hasilnya, mengurangi nyeri. Senyawa ini juga mengontrol siklogienase I dan II,

membantu menghambat fungsi prostaglandin dan meredakan rasa sakit. Enzim ini ditemukan dalam banyak obat antiinflamasi dan penghilang rasa sakit. Limeone dalam lemon memiliki kemampuan untuk mengontrol prostaglandin dan meredakan rasa sakit (Manurung & Noviya, 2020).

Aromaterapi lemon merupakan jenis aromaterapi yang digunakan dalam mengurangi rasa nyeri dan cemas. Kandungan zat linanool yang terdapat dalam lemon. Kandungan ini bermanfaat untuk menstabilkan sistem saraf yang dapat menimbulkan efek tenang (Hardiyanti, 2022).

2.4.2 Manfaat Aromaterapi Lemon

Prinsip utama dalam penurunan skala nyeri adalah pemberian aromaterapi menurut teori gate control, yang menjelaskan mekanisme impuls dan pertahanan pada saraf pusat. Karena sistem tubuh yang menjaga homeostatis berada pada saraf otonom secara fisiologis. Aromaterapi lemon dapat meningkatkan sirkulasi darah, yang membantu nutrisi menuju jaringan luka dan mempercepat penyembuhan luka (Hartati et al., 2023).

Salah satu jenis aromaterapi yang digunakan untuk membantu mengurangi rasa sakit dan cemas adalah aromaterapi lemon. Kandungan linanool dalam lemon membantu menstabilkan sistem saraf, yang menimbulkan efek tenang.

2.4.3 Cara kerja Aromaterapi lemon

Memberikan minyak esensial melalui hidung adalah metode yang lebih cepat daripada yang lain dalam mengatasi masalah emosional seperti stres, depresi, dan beberapa jenis sakit kepala. Ini karena hidung memiliki kontak langsung dengan

bagian-bagian otak yang merangsang efek yang dihasilkan oleh minyak esensial. Meskipun hidung bukan organ penciuman utama, namun ia mengatur suhu dan kelembaban udara serta menyaring benda asing (Manurung & Noviya, 2020).

Saraf otak pertama bertanggung jawab atas penciuman dan meneruskannya pada sel-sel reseptor. Saat minyak esensial dihirup, molekul mudah menguap dari minyak tersebut diangkut oleh aliran udara ke atas hidung di mana silia-silia dari sel-sel reseptor menangkapnya. Molekul-molekul tersebut menempel pada rambut-rambut tersebut, dan pesan elektrokimia ditransmisikan ke sistem limbik melalui saluran olfactory. Hipotalamus berperan dalam mengatur pesan-pesan yang akan disampaikan ke bagian lain otak dan tubuh. Pesan ini kemudian diubah menjadi tindakan, seperti pelepasan senyawa elektrokimia yang menyebabkan perasaan euforia, relaksasi, atau efek sedatif (Manurung & Noviya, 2020).

Implementasi aromaterapi lemon rata-rata dilakukan sebelum pemberian analgetik kedua atau pemberian analgetik pertama akan habis, diberikan setelah 6 jam pasien mengalami operasi SC. Pemberian aromaterapi lemon dapat diberikan sebanyak 2 kali sehari dengan frekuensi kurang lebih 15 menit.

2.4.4 Evidence Based Tindakan Aromaterapi lemon

Hasil penelitian terdahulu Hardiyanti, (2022) menunjukkan bahwa penggunaan aromaterapi lemon dapat mengurangi nyeri post operasi SC dimana sebelum dilakukan implementasi nyeri pasien dengan skala 6 kemudian setelah dilakukan implementasi nyeri pasien berkurang menjadi 2 (Darni et al., 2020). Menurut penelitian Lasmy Zaen, (2021) Hasil pelaksanaan kegiatan di PKM ini selaras dengan hasil penelitian tentang pengaruh pemberian aromaterapi lemon (cytrus) terhadap penurunan

nyeri yaitu, nilai mean sebelum diberikan aromaterapi 4,95, kemudian setelah diberikan aromaterapi 2,65 dan p value $0,000 < 0,05$.

Dari hasil penelitian Hadi & Stefanus Lukas, (2024) pemberian aromaterapi lemon pada pasien post operasi diperoleh hasil adanya perubahan pada nyeri antara sebelum dan sesudah pemberian aromaterapi lemon. Aromaterapi kulit lemon dapat mengurangi rasa nyeri karena memiliki kandungan limonene. Limonene merupakan komponen utama dalam senyawa kimia aromaterapi lemon yang dapat menghambat kerja prostaglandin sehingga dapat mengurangi rasa nyeri, mengontrol siklooksigenase I dan II, mencegah aktivitas prostaglandin dan mengurangi rasa sakit

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

2.5.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah penumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien.

2.5.1.2 Pengumpulan Data

Dalam proses keperawatan terdapat proses pengumpulan data klien dalam tahapan pengkajian. Pengumpulan data merupakan alat utama untuk pengkajian awal klien dan dilakukan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam asuhan keperawatan. Data ini dapat berubah akibat tambahan informasi dan karena adanya tambahan keluhan klien (Ramadanty, 2020).

1. Identitas Klien

Identitas klien perlu ditanyakan : nama, umur, jenis kelamin, alamat, suku, agama, nomor register, pendidikan, tanggal MRS, serta pekerjaan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan mengganggu oleh pasien. Keluhan utama akan menunjukkan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Perawat melakukan pencatatan riwayat kesehatan pasien sehingga memungkinkan perawat untuk membuat patokan dasar pengkajian tentang status pasien. Riwayat kesehatan yang tidak mampu di dapatkan dari pasien, maka perawat dapat menggali informasi dan keterangan terkait riwayat kesehatannya kepada keluarga pasien.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan masa lalu memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien dan anggota keluarganya.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Jika klien tidak memiliki riwayat kesehatan, ada faktor risiko yaitu riwayat penyakit keluarga meliputi hipertensi, diabetes mellitus, riwayat keluarga yang menderita tumor.

6. Riwayat perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

7. Riwayat obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

8. Riwayat persalinan sekarang

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

9. Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan maalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

10. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Terdapat keadaan dimana kondisi klien membutuhkan biaya yang lebih untuk pemeriksaan dan pengobatan secara komprehensif yang mungkin memakan biaya lebih banyak sehingga dapat mempengaruhi emosi dan mekanisme coping klien dan keluarga. Mengkaji apakah ada gangguan atau masalah spiritual yang dialami klien selama sakit.

11. Pola-pola fungsi kesehatan

Setiap pola fungsi kesehatan pasien terbentuk atas interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat

untuk mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data.

Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari :

a. pola nutrisi dan metabolisme

biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

b. Pola aktifitas

biasanya pada pasien post sectio caesarea mobilisasi dilakuakn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan

c. Pola eliminasi

biasanya terjadi konstipasi karena pasien post sectio caesarea takut untuk melakukan BAK dan BAB.

d. Pola istirahat dan tidur

biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

e. Pola Reproduksi

biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

12. Secondary Survey

- a. Keadaan umum dan tanda-tanda vital : keadaan umum pasien yang lemah, adanya peningkatan tekanan darah pada pasien, suhu tubuh pasien yang tinggi dapat menimbulkan kejang.

- b. Pemeriksaan Fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
1. Kepala : bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum.
 2. Mata : Kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman penglihatan. Pada ibu post sectio caesarea biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.
 3. Pemeriksaan hidung
tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.
 4. Telinga : Meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.
 5. Leher : Meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pemebesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah.
 6. Mulut : meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil

7. Thorax : meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).
8. Payudara : pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit
9. Jantung : meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuranjantung), auskultasi (bunyi jantung).
10. Abdomen : Meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).
11. Genetalia : meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema,tanda-tanda infeksi,periksa lokhea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya).
12. Anus : Diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi

13. Ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.

14. Status Mental : Meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

2.5.1.3 Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisis serta sintesis data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subyektif dan data obyektif. Data yang dikelompokkan dianalisis sehingga dapat diambil kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan penyebab, yang dapat dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan meliputi aktual, potensial, dan kemungkinan (Ramadanty, 2020).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk meunliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien. Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka post operasi Sectio Caesarea. (D.0077).

2. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029).
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054).
4. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049).
5. Risiko infeksi b.d efek prosedur pembedahan Sectio Caesarea (D.0142).

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Penggunaan intervensi keperawatan yang terstandar dapat secara signifikan meningkatkan akurasi, efisiensi dan efektifitas asuhan keperawatan (PPNI, 2018). Menurut Ramadanty, (2020) Langkah-langkah menyusun perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Menentukan urutan prioritas masalah

Tahap ini memilih masalah yang memerlukan perhatian/prioritas di antara masalah-masalah yang telah ditentukan. Prioritas tertinggi diberikan pada masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien. Selain itu, masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial.

2. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai

Perumusan tujuan keperawatan ialah hasil yang ingin dicapai dari asuhan keperawatan untuk menanggulangi dan mengatasi masalah yang telah dirumuskan dalam keperawatan.

3. Menentukan kriteria hasil

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan kriteria hasil :

- a. Bersifat spesifik dalam isi dan waktu seperti halnya pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan selama 3 hari setelah operasi
 - b. Bersifat realistic artinya dalam menentukan tujuan harus mempertimbangkan faktor patologi atau fisiologi penyakit yang dialami dan sumber yang tersedia waktu pencapaian.
 - c. Dapat diukur
 - d. Mempertimbangkan keadaan dan keinginan pasien
4. Merumuskan intervensi dan aktivitas perawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka post operasi Sectio Caesarea. (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Pola napas membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

			<p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan antibiotik secara tepat 5. Ajarkan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
2.	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029).	(L.03029) Status Menyusui Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka Status menyusui meningkat dengan kriteria hasil :	(I.12393) Edukasi Menyusui Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

		<p>Perlekatan bayi pada payudara ibu Meningkat</p> <p>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar Meningkat</p> <p>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam meningkat</p> <p>4. Berat badan bayi meningkat</p> <p>5. Tetesan/pancaran ASI meningkat</p> <p>6. Suplai ASI adekuat meningkat</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan (lacth on) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054).	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka Mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

		5. Kecemasan menurun	<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
4.	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049).	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka Eliminasi Fekal membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan defekasi kama dan sulit menurun 2. Mengejan saat defekasi menurun 3. Nyeri abdomen menurun 4. Kram abdomen menurun 5. Kosistensi feses membaik 6. Frekuensi defekasi membaik 7. Peristaltik usus membaik 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal ()</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan 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 <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan air hangat setelah makan 2. Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien 3. Sediakan makanan tinggi serat <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 4. Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas

			<p>5. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal, <i>jika perlu</i></p>
5.	Risiko infeksi b.d efek prosedur pembedahan Sectio Caesarea (D.0142).	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x8 jam, maka resiko infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) 	<p>Perawatan Luka (1.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 9. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 12. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu <p>Pecegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	--

2.5.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2017).

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data

(menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru)
dan perencanaan atau tindak lanjut.