

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Dasar

1. *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Sectio Caesarea adalah salah satu bentuk proses untuk mengeluarkan janin (fetus) melalui sayatan pada abdomen ibu dan uterus untuk menlahirkan satu bayi maupun lebih (Jumatin et al., 2022)

Sectio Caesarea merupakan proses tindakan medis yang dilakukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal dikarenakan adanya masalah dari kesehatan ibu ataupun kondisi janin. Proses pembedahan yang dilakukan dengan membuka dinding abdome dan dinding uterus untuk melahirkan janin dalam rahim (Arda, 2021).

b. Klasifikasi

Klasifikasi sectio caesarea menurut (Nora, 2022) yaitu :

a) *Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda*

Sayatan vertikal pada segmen bawah rahim dinamakan *Low Cervikal*. Jenis sayatan yang dilakukan bila tidak memungkinkan pada bawah rahim tidak berkembang. Pembedahan dilakukan sapami otot bawah rahim.

b) *Sectio Caesarea Klasik*

Proses pembedahan yang dilakukan pada korpus uteri dengan sayatan seitar 10 cm vertikal diatas rahim.

c) *Sectio Caesarea Histerektomi*

Proses persalinan *Sectio Caesarea* yang dilakukan pembedahan setelah janin dilahirkan serta langsung dengan pengangkatan rahim.

d) *Sectio Caesarea Ektraperitoneal*

Sectio Caesarea biasanya dilakukan dengan bekas luka sayatan yang sama pada pasien yang sebelumnya sudah pernah dilakukan pembedahan *Sectio Caesarea*.

c. **Etiologi**

Sectio Caesarea dilakukan jika ibu memiliki indikasi Ruptur uteri imminen, pendarahan antrepartum, ketuban pecah dini. Jika indikasi dari janin yaitu janin besar melibih 4.000 gram. Faktor yang mempengaruhi sectio caesarea dapat disimpulkan ada beberapa sebab *sectio caesarea* sebagai berikut (Manuba, 2020).

a) Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini sebagian ketuban pecah dini. adalah ketuban yang pecah sebelum adanya tanda persalinan serta ditunggu 1 jam sebelum terjadi inpartu. Hamil aterm diatas 37 minggu.

b) Pre-Eklamsia Berat (PEB)

Pre-eklamsia berat adalah penyakit yang disebabkan oleh kehamilan dan masih belum jelas terjadinya. Setelah terjadi pendarahan dan infeksi, pre-eklamsia berat merupakan penyebab kematian parenatal dan maternal khususnya dalam ilmu kebidanan. Oleh sebab itu diagnosis dini sangat penting yaitu mampu mengobati dan mengenal sehingga tidak terjadi keberlanjutan pre-eklamsia.

c) *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD)

Chepalo pelvik disproportion (CPD) adalah lingkar panggul ibu yang ukurannya tidak sesuai dengan lingkar kepala janin sehingga ibu tidak bisa melairkan secara alami. Tulang panggul merupakan beberapa tulang yang tersusun sehingga membentuk rongga panggul merupakan jalan yang dilewati janin ketika lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan bisa menyebabkan kesulitan dalam persalinan secara alami sehingga harus dilakukan operasi *sectio caesarea*.

d) Faktor Hambatan Jalan Lahir

Gangguan pada jalan lahir antara lain tidak ada kemungkinan pembukaan. Terjadi ibu sulit bernafas, terdapat tumor, tali pusar pendek serta adanya kelainan bawaan pada jalan lahir

e) Bayi Kembar

Bayi kembar tidak selama dilahirkan dengan cara operasi *sectio caesarea*. Persalinan bayi kembar mempunyai resiko akan adanya komplikasi yang tinggi dari pada persalinan satu bayi, bayi kembar juga dapat mengalami salah letak atau juga bisa disebut sungsang sehingga sulit untuk terjadi persalinan secara normal.

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis *sectio caesarea* menurut (Kerja, 2019) yaitu :

- a) Rasa tidak nyaman mengatasi situasi baru
- b) Kehilangan darah selama pembedahan
- c) Balutan abdomen tampak adanya sedikit noda
- d) Terpasangnya selang kateter, urine berwarna kuning jernih
- e) Banyaknya aliran lochea bebas bekuan
- f) Bising usu tidak ada
- g) Tidak ada distensi pada abdomen

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *sectio caesarea*, Menurut (Ramadanty, 2019)

sebagai berikut :

- a) Pemberian cairan

Memberikan cairan melalui intravena harus cukup banyak serta yang banyak mengandung cairan elektrolit supaya tidak mengalami dehidrasi, hipotermi, dan komplikasi pada organ

lainnya. Biasanya yang digunakan adalah cairan RL, garam fisiologi, dan DS (*Dextrose*) 10% secara bergantian dan jumlah tetesan sesuai kebutuhan yang dibutuhkan.

b) Mobilisasi

Pada persalinan *sectio caesarea* dilakukan secara bertahap, miring kanan miring kiri dimulai 6-10 jam setelah dilakukan operasi SC. Pada hari kedua bisa dilakukan duduk selama 5 menit, setelah itu posisi tidur bisa dirubah menjadi setengah duduk (semifowler), setelah itu dianjurkan untuk latihan duduk, berjalan selama kurang lebih 3-5 hari setelah operasi dapat melakukan aktivitas mandiri seperti biasanya.

c) Koterisasi

Biasanya selang kateter terpasang selama 24-48 jam tetapi tidak memungkinkan tergantung keadaan dan jenis operasinya. Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri dan menghalangi involusi serta bisa menyebabkan pendarahan.

d) Pemberian obat-obatan

Pemberian analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan.

e) Perawatan luka

Setelah dilakukan SC hari pertama jika balutan luka berdarah dan basah harus diganti.

f) Pemeriksaan urine

Beberapa yang harus diperiksa antara lain pemeriksaan tekanan darah, suhu,nadi dan respiratoritate.

g) Pemeriksaan Payudara

Pada hari pasca operasi bisa dilakukan pemberian asi pada bayi, bila ibu tidak bersedia memberikan asi karena nyeri, dengan melakukan pemasangan pembalut pada payudara dapat membantu meredakan nyeri.

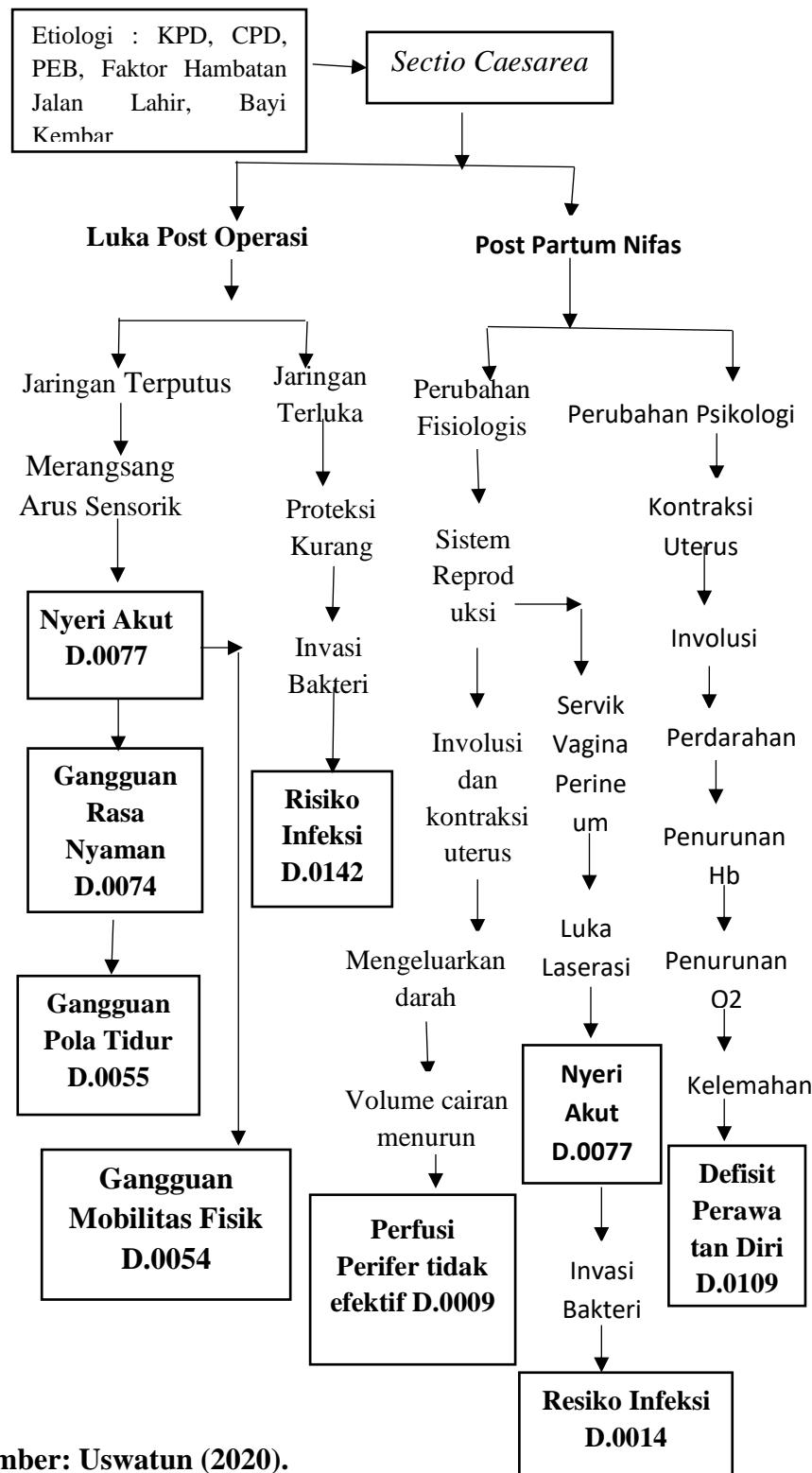
f. Patofisiologi

Terjadi kelainan pada ibu serta janin menimbulkan persalinan normal tidak membolehkan serta akhirnya mesti dicoba tindakan sectio caesarea, apalagi saat ini sectio caesarea jadi salah satu opsi persalinan. terdapatnya sebagian hambatan ada proses persalinan yang menimbulkan bayi tidak bisa dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis serta lateralis, panggul kecil, partus tidak maju (partus lama), preeklamsi, distoksi service serta mall presentasi janin keadaan tersebut menimbulkan tindakan operasi sectio caesarea (SC).

Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang hendak menimbulkan pasien hadapi mobilisasi sehingga hendak memunculkan permasalahan intoleransi kegiatan. Terdapatnya kelumpuhan sementara serta kelemahan raga hendak menimbulkan penderita tidak sanggup melaksanakan kegiatan perawatan diri

penderita secara mandiri sehingga mencuat masalah defisit perawatan diri. Minimnya data menimpa proses operasi, pengobatan serta perawatan post pembedahan hendak memunculkan permasalahan ansietas pada pasien. Tidak hanya itu dalam proses operasi pula hendak dilakukan tindakan insisi pada bilik abdomen sehingga menimbulkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah serta saraf- saraf di wilayah insisi. Perihal ini hendak memicu pengeluaran histamin serta prostaglandin yang hendak memunculkan rasa perih (Uswatun, 2020).

g. Pathway



Sumber: Uswatun (2020).

2. Ketuban Pecah Dini

a. Definisi

Ketuban pecah dini adalah terpecahnya ketuban sebelum adanya tanda persalinan serta ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian KPD terjadi pada kehamilan aterm 37 minggu sedangkan kurang dan 36 minggu tidak begitu banyak. Ketuban pecah dini merupakan terpecahnya ketuban sebelum adanya tanda persalinan dan sebelum adanya tanda persalinan, jika pembukaan pada primi kurang 3 cm dan multipara kurang 5 cm. Ketuban pecah dini yaitu terpecahnya selaput ketuban yang spontan sebelum pembukaan 5 cm (Handari, 2022).

b. Etiologi

Ketuban pecah dini masih belum jelas penyebabnya, Ada beberapa keadaan terjadinya ketuban pecah dini, menurut (Diffa, 2020).

- a) Trauma : amniosintesis, pemeriksaan pelvis dan hubungan seksual.
- b) Peningkatan tekanan intauterus, kehamilan kembar dan polihidramion.
- c) Infeksi vagina, serviks atau kariomnionitis streptokokus, dan bakteri vagina
- d) Selaput amnion yang memiliki struktur lemah atau selaput terlalu tipis

- e) Keadaan abnormal dari fetus seperti malpresentasi
- f) Serviks yang inkompotensia, kanal servikal yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan atau curettage).
- g) Multipara dan peningkatan usia ibu yang terlalu muda
- h) Defisiensi nutrisi dan tembaga atau asam askorbat (vitamin C).

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi yang terdapat pada ketuban pecah dini. Menurut (Diffa, 2020) :

- a) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- b) Cairan ketuban tidak akan berhenti karena selalu diproduksi sampai kelahiran. Jika anda duduk ataupun berdiri, kepala janin yang posisinya sudah berada dibawah dapat menyumbat kebocoran untuk sementara.
- c) Aroma ketuban amis tidak seperti bau amoniak, cairan ketuban masih merembes dengan ciri-ciri pucat dan bergaris merah
- d) Demam, bercak vagina banyak, denyut jantung janin cepat merupakan terjadinya tanda-tanda infeksi terjadi, serta terjadinya nyeri perut.

d. Patofisiologi

Ketuban pecah dini terjadi karena berkurangnya kekuatan dan penambahan intrauteri oleh kedua duanya. Tekanan intrauteri yang kuat merupakan penyebab dari ketuban pecah dini serta selaput

ketuban yang tidak kuat akibat vaskularisasi dan kurangnya jaringan ikat. Dalam persalinan ketuban pecah akibat kontraksi uterus dan peregangan yang berulang-ulang. Perubahan biokimia dapat menjadikan selaput ketuban pecah sehingga selaput ketuban inferior rapuh. Terdapat keseimbangan antara degradasi ekstraselular matriks dan sintesis. Perubahan jumlah sel, strukstur, serta katabolisme kolagen sehingga menyebabkan selaput ketuban pecah. Kekuatan selaput ketuban yang melemah berhubungan dengan kontraksi rahim, gerak janin, dan pembesaran uterus. Terjadi perubahan biokimia pada trimester akhir pada selaput ketuban sehingga terjadinya pecah selaput (Diffa, 2020).

e. Komplikasi

Sebelum usai kehamilan 37 minggu komplikasi pada ketuban pecah dini yang paling sering terjadi antara lain resiko infeksi meingkat pada kejadian ketuban pecah dini, syndrom distress pernapasan pada bayi baru lahir terjadi 10%-40%. Pada ibu hamil dengan ketuban pecah dini sebaiknya prematur dilakukan evaluasi untuk kemungkinan terjadi radang pada amnion dan karnion (*kariomnionitis*). Pada kejadian ketuban pecah dini menjadi risiko kematian janin dan kecacatan meningkat. Komplikasi fatal yang terjadi pada ketuban pecah dini hampir mencapai 100%, Jika terjadi pada kehamilan 37 minggu. Komplikasi yang terjadi pada indikasi ketuban pecah dini antara lain (Diffa, 2020):

a) Komplikasi pada ibu hamil

1. Mortalitas dan morbilitas maternal
2. Infeksi intrapranatal dalam persalinan

Jika terjadi infeksi ketuban pecah dini bisa menyebabkan pesis sehingga bisa menyebabkan angka mortalitas dan morbilitas.

3. Infeksi masa nifas (*peurperalis*)
4. Partus lama
5. Meningkatkan tindakan operatif obtestric *sectio caesarea*
6. Perdarahan post partum

b) Komplikasi pada janin

1. Penurunan tali pusat (*prolaps funiculli*)

Kekurangan oksigen pada bayi

2. Sindrom deformitas janin
3. *Prematuritas*

Terjadinya *repiratori distress syndrom, neonatal feeding problem, hipotermia.*

4. Mortalitas dan morbilitas perinatal.

f. Pemeriksaan Penunjang

Dalam menegakkan diagnosis keperawatan ketuban pecah dini memerlukan pemeriksaan penunjang, Menurut (Diffa, 2020):

- a) Pemeriksaan ultraviolet
- b) Pemeriksaan leukosit darah

Jika jumlah leukosit > 15.000 mm kemungkinan bisa terjadi infeksi.

- c) Menilai bunyi jantung menggunakan cardiografi
- d) Jika terjadi infeksi, maka bunyi jantung serta suhu tubuh ibu akan meningkat.
- e) Menentukan berat janin, letak janin, dan usia kehamilan serta letak plasenta dan juga jumlah air ketuban.

g. Penatalaksanaan

- a) Menurut (Handari, 2022), Secara non farmakologis penatalaksanaan ketuban pecah dini yaitu :
 - 1. Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm adanya komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
 - 2. Jika janin hidup terdapat prolaps pada tali pusat, ibu harus dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya.
 - 3. Bila perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari supaya tali pusat tidak tertekan terhadap kepala janin.
 - 4. Bila tali pusat di vulva maka di bungkus kain hangat yang dilapisi plastik.
 - 5. Jika terjadi demam dan terjadi infeksi saat rujukan atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam, berikan antibiotic.
 - 6. Jika keluarga ibu menolak dirujuk, ibu dianjurkan beristirahat dengan posisi berbaring miring.

7. Dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis pada kehamilan kurang 32 minggu.
8. Dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan pada kehamilan 33-35 minggu.
9. Pada kehamilan lebih 36 minggu, Jika terdapat his, pimpin meneran dan akselerasi terdapat inersia uteri.
10. Lakukan tindakan induksi persalinan jika ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5, dilakukan tindakan jika tidak ada his.
11. Jika terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Persalinan kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:
 - a. Induksi

Rangsangan untuk untuk menstimulus kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, yang bertujuan mempercepat proses persalinan.
 - b. Persalinan normal / pervaginam

Adanya kontraksi rahim dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi merupakan proses persalinan secara alami

c. *Sectio Caesarea*

Suatu proses tindakan untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

- b) Menurut (Handari, 2022) Penatalaksanaan secara Farmakologis antara lain :
1. Berikan antibiotik (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila ampicilin tidak dapat ditoleransi) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
 2. Bila usia janin < 32-34 minggu, obati selama air ketuban masih mengalir atau sampai air ketuban tidak lagi mengalir.
 3. Bila usia janin antara 32 dan 37 minggu, tidak dalam masa persalinan, tidak ada infeksi, tes Buss negatif, gunakan deksametason, amati tanda-tanda infeksi dan kesehatan janin, akhiri kehamilan pada minggu ke 37.
 4. Bila usia kehamilan 32 -37 minggu, persalinan telah maju dan tidak ada infeksi, gunakan obat tokolitik (salbutamol), deksametason dan anestesi setelah 24 jam.
 5. Bila usia kehamilan antara 32 sampai 37 minggu terjadi infeksi, gunakan antibiotik dan lakukan induksi.
 6. Perhatikan tanda-tanda infeksi (suhu, sel darah putih, tanda-tanda infeksi intrauterin).

7. Pada usia kehamilan 32 hingga 34 minggu, berikan steroid untuk merangsang pematangan paru janin dan, jika memungkinkan, periksa kadar lesitin dan sfingomielin setiap minggu.
8. Betametason dosis 12 mg 1 kali sehari selama 2 hari, deksametason injeksi intramuskular 5 mg setiap 6 jam, 4 kali.

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensori serta emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu serta menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Sasrianty, 2018). Nyeri persalinan suatu perasaan tidak menyenangkan yang merupakan respon individu yang menyertai dalam proses persalinan oleh karena adanya perubahan fisiologis dari jalan lahir dan rahim. Nyeri persalinan disebabkan oleh proses dilatasi servik, hipoksia otot uterus saat kontraksi.

b. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri antara lain sebagai berikut:

- a) Berdasarkan sumbernya

1. Visceral (organ dalam) merupakan stimulasi reseptor nyeri dalam rongga badan, kranium dan thoraks. Biasanya terjadi karena spasme otot, peregangan jaringan dan iskemia.
2. Nyeri Alihan (Referred Pain), merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri, karena nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang menegahikan nyeri selangkangan.
3. Cutaneus/ superfisial, merupakan nyeri yang mengenai kulit atau jaringan subkutan yang biasanya rasanya seperti terbakar (Hartiningsih, 2020).

b) Berdasarkan Durasi

Secara umum nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis

1. Nyeri Akut, merupakan nyeri yang timbul mendadak dan cepat dan menghilang, yang biasanya terjadi selama 6 bulan atau kurang dari 6 bulan.
2. Nyeri Kronis, merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama lebih dari 6 bulan.

c) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

1. Nyeri Nosiseptif, merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus naceous. Nyeri ini biasanya terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang sendi, otot, jaringan ikat (Hartiningsih, 2020).
2. Nyeri Neuropatik, merupakan hasil suatu cedera atau normalitas yang didapatkan pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit untuk diobati (Hartiningsih, 2020).

c. Etiologi

Menurut (Hartiningsih, 2020) nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri yaitu:

- a) Fisik (ternal, mekanik, elektrik)
- b) Kimia

Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, sehingga zat-zat kimia ini menimbulkan rasa nyeri.

d. Fisiologi

Nyeri mempunyai 4 proses tersendiri dalam menstimulus cedera jaringan dan penurunan pengalaman subjektif Transduksi, transmisi, modulasi dan presepsi.

- a) Transduksi merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya luka sayatan) ke impuls nosiseptif, ada tiga serabut syaraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulus non noksius dikelompokkan antara lain serabut pengantar nyeri atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. Sillent Nociceptor, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulus eksternal tanpa adanya mediatoif inflamasi.
- b) Transmisi merupakan suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu sordalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonya berakhir dikornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.
- c) Modulasi merupakan proses pembesaran sinyal neural nyeri (pain related neural signals). Proses ini biasanya terjadi diornu dorsalis medula spinalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, yang kemudian menuju ke medula spinalis. Yang dihasilkan dari proses ini adalah penguatan atau bahkan hambatan (blok) sinyal nosiseptif dikornu dorsakus.

d) Persepsi nyeri merupakan kesadaran dan pengalaman nyeri.

Presepsi merupakan salah satu hasil dari interaksi proses trensduisi, transmisi, modulasi, aspek psikologis dan karakter individu lainnya. Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak merupakan organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri. Reseptor nyeri biasanya disebut inociseptor.

e. Respon Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses komplek dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika sistem saraf parasympatik mengambil alih, membalik banyak respons fisiologis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri.

Reseptor nyeri actual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri melalui aktifitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencariintervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetik, pijat dan olahraga. Sebuah refleks proproneur juga terjadi dengan stimulus

reseptor nyeri. impuls berjalan menelusuri serabut nyeri sensor ke medula spinalis. Di medula spinalis impuls bersinapsis dengan neuron motorik dan impuls berjalan kembali melalui keserabut motorik otot didekat tempat nyeri. Kemudian otot berkontraksi dalam upaya protektif, misalnya saat seseorang menyentuh kompor panas, secara reflex tangan ditarik dari kompor panas bukan sebelumnya orang tersebut menyadari adanya nyeri (Praghlapati, 2020).

f. Pengkajian Nyeri

Pengkajian pada masalah nyeri dapat dilakukan dengan adanya riwayat nyeri yang dimiliki oleh pasien/ penderita, keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intenstas nyeri, kualitas dan waktu serangan dapat dilakukan dengan metode mnemonic PQRST (Metasari & Sianipar, 2018)

- a) P (*Provokatif*) ialah factor yang dapat mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri
- b) Q (*Quality*) dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat
- c) R (*Region*) merupakan daerah perjalanan nyeri
- d) S (*Severity*) ialah keparahan atau intensitas nyeri
- e) T (*Time*) yaitu lama / waktu serangan nyeri

g. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Tanra, 2020) Pengukuran skala nyeri perlu dilakukan untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan, banyak cara untuk menentukan intensitas nyeri namun yang paling sederhana ada 3 yaitu:

- a) *Visual Analog Scale (VAS)* Skala Analog Visual

Skala ini bersifat satu dimensi yang banyak dilakukan pada orang dewasa untuk mengukur intensitas nyeri pascabedah, bentuknya seperti penggaris yang panjangnya 10 cm atau 100 mm, pada titik 0 ialah tidak nyeri dan titik 100 jika nyerinya tidak tertahankan, disebut tidak nyeri jika pasien menunjuk pada skala 0-4 mm, nyeri ringan 5-44mm, nyeri sedang 45-74 mm, nyeri berat 75-100 mm. Sisi yang berkala pada pemeriksa sedang tidak berangka pada sisi penderita.

- b) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat

dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

c) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.

d) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

Multidimensional

1. Mengukur intensitas dan afektif (unpleasantness) nyeri
2. Diaplikasikan untuk nyeri kronis
3. Dapat dipakai untuk penilaian klinis

h. Intensitas Skala Nyeri

Skala apapun yang digunakan tujuannya untuk menentukan intensitas atau level nyeri pada pasien, menurut (Tanra, 2020) menyatakan secara umum level nyeri dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

- a) Nyeri ringan
- b) Nyeri sedang
- c) Nyeri berat

i. Penatalaksanaan

- a) Manajemen Farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Metode ini memerlukan kolaborasi dengan medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri dengan penggunaan analgesi maupun anestesi (Hartiningsih, 2020).

- b) Manajemen Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan untuk menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Yang biasanya digunakan dalam terapi nyeri non farmakologi diantaranya adalah terapi relaksasi distraksi, *massage effleurage, hand massage, dan foot massage*. *Massage effleurage* ini mempunyai kelebihan salah satunya yaitu dapat menghambat impuls nyeri sehingga hanya sedikit nyeri yang diteruskan ke

sistem saraf pusat. Hal ini sesuai dengan teori bahwa *massage effleurage* salah satu dari metode analgesik non farmakologis yang ditujukan untuk menghilangkan nyeri, ketika sentuhan dan rasa sakit dirangsang bersama-sama, sensasi sentuhan ditransmisikan ke otak, menutup otak. Pijatan atau sentuhan dengan efek mengganggu juga dapat meningkatkan pembentukan endorfin pada sistem kontrol menurun dan mengendurkan otot (Herniawati, 2019).

4. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Definisi

Masa nifas adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu dan setelah kelahiran bayi, plasenta, serta selapun memerlukan waktu untuk pemulihan organ supaya kembali seperti sebelum hamil. Adapun perubahan fisik dan psikologis pada masa nifas, pada masa nifas diperlukan asuhan keperawatan dikarenakan pada masa kritis bayi maupun ibu jika tidak ditangani dengan efektif maka bisa membahayakan kesehatan ibu bahkan bisa menyebabkan kematian bayi (Sophia Immanuel Victoria, 2021).

Involusi uterus adalah suatu proses pemulihan atau perawatan khusus, bantuan serta pengawasan untuk pemulihan kesehatan seperti sebelum hamil. Involusi uterus merupakan proses uterus kembali ke kondisi seperti sebelum hamil, setelah lahirnya plasenta akibat kontraksi otonom uterus. Pengeluaran lochia juga bisa menjadi

pengukuran involusi uterus, jika fundus uteri terletak diatas batas normal dan bertanda terjadi kegagalan tidak hamil yang menyebabkan sub involusi (Reinissa, 2017).

Ibu nifas memerlukan mobilisasi agar segera dapat merawat bayinya, melancarkan sirkulasi darah, mencegah trombosit, serta mencegah terjadinya infeksi pada masa nifas,. Agar fundus uteri menjadi keras maka adanya risiko terjadi pendarahan yang harus dihindarkan diperlukan kontraksi uterus yang bertujuan untuk merangsang otot rahim sehingga bisa berfungsi secara optimal dan dapat mengembalikan rahim dalam kondisi semula serta tidak diharapkan terjadinya pendarahan post partum (Sophia Immanuela Victoria, 2021).

b. Klasifikasi

Klasifikasi masa nifas dibagi menjadi tiga antara lain (Ivana, 2018) :

a) Puerperium Dini

Suatu proses pemulihan, serta ibu bisa diperbolehkan untuk duduk, berdiri, dan berjalan.

b) Puerperium Intermedial

Suatu proses pemulihan kurang lebih selama 6-8 minggu dari organ genetalia secara menyeluruh.

c) Remot Puerperium

Suatu proses pemulihan dan sehat pada ibu hamil serta terdapat koplikasi. Waktu yang diperlukan untuk pemulihan sehat

sempurna selama berminggu-minggu bahkan bisa bertahun-tahun.

c. Etiologi

Menurut (Lahir et al., 2020) belum diketahui penyebab persalinan, adapun teori yang berhubungan dengan pengaruh tekanan pada saraf, sirkulasi rahim, struktur rahim, dan faktor hormonal.

a) Teori Keregangan

Akan terjadinya kontraksi yang mengakibatkan persalinan dimulai, otot rahim memiliki kemampuan dalam batas tertentu.

b) Teori Oksitosin

Progesteron terdapat penurunan akibat usia kehamilan tua sehingga menyebabkan oksitosin, sehingga meningkatkan aktivitasserta persalinan dimulai.

c) Teori penurunan progesteron

Adanya penurunan produksi progesteron sehingga otot rahim lebih sensitif. Karena adanya penurunan tingkat penurunan pogesteron yaitu disebabkan oleh oto rahim berkontraksi setelahnya.

d) Teori Prostaglandin

Prostaglandin dihasilkan oleh desidua yaitu menjadi salah satu menyebab awal mula persalinan. Pada usia 15 minggu akan ada peningkatan konsentrasi prostaglandin.

d. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Nurul Azizah, 2019) masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

a) *Puerperium dini*

Masa pemulihan dalam waktu 6 jam setelah kala IV dimana ibu sudah diperbolehkan untuk mobilisasi berdiri dan berjalan-jalan.

b) *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan organ-organ reproduksi akan kembali ke kondisi seperti sebelum hamil, masa pemulihan ini kurang lebih berlangsung 6 minggu atau 42 hari.

c) *Remote Puerperium*

Waktu untuk pemulihan serta kesehatan ibu hamil dan setelah persalinan mengalami komplikasi harus kembali dalam kondisi sempurna, rentang waktu *remote puerperium* setiap ibu berbeda, tergantung pada kondisi komplikasi yang dialami selama hamil ataupun kondisi persalinan.

e. Perubahan Fisiologis Ibu Nifas

Menurut (Zahroh, 2021) ada perubahan pada ibu nifas antara lain :

a) Uterus

Rahim adalah organ reproduksi internal yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat agak pipih dan seukuran telur ayam. Rahim berukuran panjang sekitar 7-8 cm, lebar 5-5,5 cm, dan tebal 2,5 cm. Posisi fisiologis rahim adalah anteversi.

Rahim terbagi menjadi tiga bagian: fundus, korpus, dan leher rahim. Pemeriksaan rahim meliputi penentuan letak, ukuran, dan kekencangannya, antara lain:

1. Menentukan posisi rahim

Hal ini dilakukan dengan menentukan apakah fundus uteri berada di atas atau di bawah umbilikus dan apakah fundus uteri berada di garis tengah umbilikus. Perut Rahim/Bergeser ke samping.

2. Penentuan ukuran rahim

Dilakukan dengan meraba dan mengukur TFU fundus uteri bagian atas berdasarkan jumlah lebar jari dari supra umbilikus atau dibawahnya.

3. Penentuan kekerasan rahim

Ada dua ciri kekerasan rahim. Artinya, rahim terasa keras seperti batu, dan rahim terasa lunak.

b) Serviks

Bagian dasar dari rahim dan disebut juga leher rahim karena bentuknya yang sempit. Leher rahim menghubungkan rahim dengan saluran vagina dan merupakan jalan masuknya janin dan rahim ke dalam saluran vagina saat melahirkan. Segera setelah melahirkan, leher rahim terbuka seperti corong. Hal ini terjadi karena tubuh rahim berkontraksi sedangkan leher rahim tidak. Warna leher rahim berubah menjadi hitam-merah. Pasalnya, leher

rahim banyak mengandung pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

Segara setelah janin lahir, tangan pemeriksa dapat melewati leher rahim. Setelah 2 jam kontraksi, serviks hanya bisa dikeluarkan dengan 2-3 jari, setelah 1 minggu kontraksi, hanya 1 jari yang bisa keluar, dan setelah 6 minggu kontraksi, serviks bisa dikeluarkan hanya dengan 2-3 jari.

c) Vagina

Saluran yang menghubungkan rongga rahim dengan bagian luar tubuh. Dinding anterior dan posterior vagina berdekatan dan panjangnya $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Saat proses melahirkan, terutama saat melahirkan anak, vagina mengalami banyak tekanan dan regangan. Vagina akan tetap kendur selama beberapa hari pertama setelah operasi. Setelah 3 minggu, vagina kembali ke kondisi sebelum hamil dan kerutan pada vagina berangsur-angsur kembali. Selain berfungsi sebagai jaringan lunak dan jalan lahir, vagina juga berfungsi sebagai saluran penghubung rongga rahim dengan bagian luar tubuh, dan pada masa nifas juga berfungsi sebagai saluran keluarnya sekret dari rongga rahim, seperti lochea.

1. *Lochea Rubra*

Muncul pada hari ke-1 atau ke-2 kehidupan dan terdiri dari darah segar bercampur selaput ketuban, sel desidua, sisa vernix, rambut halus, dan sisa mekonium.

2. *Lochea Sanguinolenta*

Muncul antara 3 dan 7 hari setelah lahir. Lochea Sanguinolenta ditandai dengan darah bercampur lendir.

3. *Lochea serosa*

Cairan kuning pucat yang muncul pada minggu pertama kehidupan.

4. *Lochea Alba*

Muncul pada umur 2 minggu dan hanya berupa cairan berwarna putih. Lochia biasanya memiliki bau yang sedikit amis. Bila tidak terjadi infeksi pada jalan lahir maka baunya akan berubah menjadi bau yang tidak sedap.

d) Vulva

Sama seperti vagina, vulva juga mengalami tekanan dan ketegangan yang besar saat melahirkan. Hari-hari pertama setelah lahir, vulva masih kendur. Setelah 3 minggu, vulva akan kembali ke kondisi sebelum hamil dan labia akan menjadi lebih menonjol.

e) Payudara (Mamae)

Setelah plasenta terlepas, kadar estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan, dan sintesis ASI dimulai. Pasokan darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan pembuluh darah sementara. Susu yang dihasilkan disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan secara efektif selama menyusui untuk memastikan dan mempertahankan laktasi. ASI yang pertama kali muncul pada awal masa nifas adalah ASI berwarna kekuningan yang sering disebut kolostrum. Kolostrum terbentuk di tubuh ibu pada usia kehamilan 12 minggu. Perubahan pada payudara dapat berupa:

1. Kadar progesteron menurun bersamaan dengan peningkatan hormon prolaktin setelah melahirkan.
2. Kolostrum segera muncul saat lahir, ASI dikeluarkan pada hari ke 2 atau ke 3 setelah lahir.
3. Payudara besar dan keras, tanda mulainya laktasi

f) Tanda-tanda vital

Perubahan fungsi vital ibu setelah melahirkan antara lain:

1. Suhu tubuh

Setelah melahirkan, suhu tubuh bisa meningkat $0,5^{\circ}\text{C}$ dari biasanya. Setelah 12 jam bekerja, suhu tubuh kembali ke keadaan semula.

2. Nadi

Setelah melahirkan, detak jantung sedikit melambat. Namun pada masa nifas, detak jantung biasanya kembali normal.

3. Tekanan darah

Setelah melahirkan, tekanan darah mungkin sedikit lebih rendah selama kehamilan karena pendarahan saat melahirkan.

4. Pernafasan

Selama persalinan, laju pernapasan meningkat segera setelah lahir karena tingginya kebutuhan oksigen dari minuman ibu, pertahankan oksigenasi janin yang adekuat.

g) Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang menyebabkan beban jantung meningkat.

h) Sistem pencernaan

Biasanya diperlukan waktu sekitar 1-3 hari bagi ibu yang melahirkan dengan operasi *sectio caesarea* agar saluran pencernaan dan nafsu makannya normal. Buang air besar biasanya berubah 1-3 hari setelah melahirkan, akibat melemahnya ketegangan otot saat melahirkan. Selain itu, kekurangan gizi dan dehidrasi dapat menyebabkan nyeri di sekitar usus atau perineum setiap kali dilakukan buang air besar

dan juga mempengaruhi buang air besar secara spontan. Faktor-faktor ini sering menyebabkan sembelit pada ibu yang baru pertama kali melahirkan.

i) Perkemihan

Urin diproduksi dalam jumlah besar dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan dan kondisi ini menyebabkan diuresis. Rahim mengembang normal dalam 6 minggu.

j) Sistem Integumen

Perubahan kulit pada masa kehamilan berupa pigmentasi pada wajah, leher, ibu, dinding perut serta lipatan sendi yang disebabkan oleh hormon dan hilang setelah melahirkan.

k) Sistem Muskuloskeletal

Jalan kaki biasanya dimulai 4-8 jam setelah melahirkan, jalan kaki dini sangat membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi rahim.

f. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut (Zahroh, 2021) perubahan psikologi pada masa nifas antara lain :

a) *Fase Taking in*

Masa ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua setelah kelahiran. Ibu sering kali fokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungan sekitar. Ketidaknyamanan ibu lebih disebabkan oleh proses

persalinan yang baru saja dijalannya. Perasaan mual, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan para ibu. Pada masa ini kebutuhan istirahat, nutrisi dan komunikasi yang baik harus terpenuhi. Jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, maka ibu dapat mengalami permasalahan psikologis seperti kecewa terhadap bayinya, mudah tersinggung setelah perubahan fisik, perasaan bersalah karena tidak dapat menyusui, dan perasaan dendam dari suami atau keluarganya mengenai pengasuhan anaknya.

b) Fase *taking hold*

Masa pemrosesan adalah jangka waktu yang berlangsung dari 3 hingga 10 hari setelah pengiriman. ibu khawatir akan ketidakberdayaannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat anaknya. Emosi ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan nasehat atau pendidikan kesehatan untuk merawat ibu dan bayi.

c) Fase *letting go*

Tahap ini merupakan tahap menerima peran barunya sebagai seorang ibu. Tahap ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mulai terbiasa dengan ketergantungan anak dan siap menjadi pelindung bayinya. Kepedulian ibu terhadap dirinya dan anaknya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu terhadap peran barunya

mulai tumbuh dan ia mulai mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan pasangan dan keluarga dapat membantu ibu mendapatkan kepercayaan diri dalam mengasuh anaknya. Kebutuhan istirahat dan nutrisi yang cukup tetap sangat penting bagi ibu agar tetap bugar secara fisik.

g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut (Zahroh, 2021) ada kebutuhan dasar pada masa ibu nifas antara lain :

a) Nutrisi dan Cairan

Anjuran nutrisi untuk ibu menyusui antara lain makan kalori ekstra sehari 500 kalori. Makan makanan seimbang dengan cukup protein, mineral dan vitamin. Minumlah minimal 3 liter sehari, terutama setelah menyusui. Mengonsumsi tablet zat besi pada masa nifas. Minumlah kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bayi mendapat vitamin A melalui ASI (Sulistyawati,2015).

b) Ambulasi

Ambulasi dilakukan pada ibu nifas 2 jam setelah melahirkan pervaginam , sedangkan pada ibu pasca operasi caesar , ambulasi dini dilakukan minimal 12 jam postpartum setelah ibu istirahat (tidur) sebelumnya. Berjalan tahap pertama dapat dilakukan dengan cara bersandar ke kiri atau ke kanan lalu duduk dan apabila ibu sudah kuat untuk berdiri maka ibu dianjurkan untuk berlatih berjalan.

c) Kebutuhan Eliminasi

Diperkirakan setelah 6 jam akan terjadi masa nifas. Ibu boleh buang air kecil, bila kandung kemih sudah penuh atau tidak buang air kecil lebih dari 8 jam sebaiknya dipasang kateter. Bahan-bahan yang menyebabkan disuria (pra berkemih) nifas :

1. Mengurangi tekanan intra-abdomen.
2. Otot perut masih lemah.
3. Edema dan uretra.
4. Dinding kandung kemih kurang sensitif.

Ibu nifas diharapkan sudah bisa buang air besar setelah hari kedua pasca melahirkan. Jika mereka belum buang air besar pada hari ketiga, mereka mungkin diberikan obat pencahar atau pencahar rektal.

d) Kebersihan Diri

Untuk mencegah infeksi pada jahitan dan kulit, ibu disarankan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Menginstruksikan ibu cara membersihkan area pribadi dengan menyapu dari depan ke belakang dengan sabun dan air. Disarankan ibu mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. Anjurkan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan area pribadi. Jika ibu mengalami luka atau robekan perineum, anjurkan ibu untuk tidak menyentuh daerah luka tersebut.

e) Keluarga Berencana

Idealnya, pasangan harus menunggu minimal 2 tahun sebelum ibu hamil lagi. Biasanya, seorang wanita gagal menghasilkan sel telur (berovulasi) sebelum mulai menstruasi lagi. Meskipun beberapa metode kontrasepsi mempunyai risiko, penggunaan alat kontrasepsi lebih aman, terutama jika ibu sedang menstruasi lagi.

h. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi masa nifas menurut (Rahmanindar, 2019). Pendarahan hebat atau peningkatan jumlah pendarahan secara tiba-tiba (melebihi haid normal atau jika darah menembus lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam).

- a) Keputihan berbau menyengat.
- b) Nyeri di perut bagian bawah atau punggung, sakit kepala terus-menerus, nyeri epigastrium atau masalah penglihatan.
- c) Pembengkakan pada wajah dan tangan. Demam, muntah, nyeri saat buang air kecil atau merasa tidak enak, Payudara berwarna merah panas dan/atau nyeri.
- d) Hilangnya nafsu makan dalam jangka panjang. nyeri, kaki merah, nyeri dan/atau bengkak.
- e) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayinya.
- f) Merasa sangat lelah atau sesak napas.

5. Konsep Dasar *Massage Effleurage*

a. Defisini

Massage merupakan teknik pemijatan yang menekankan titik-titik saraf pada tangan, kaki atau bagian tubuh lainnya yang memberikan rangsangan bioelektrik pada organ tertentu, yang dapat memberikan rasa tenang dan segar karena aliran darah dalam tubuh menjadi stabil (Melinda Nurul, 2021).

Massage effleurage adalah salah satu pijatan dengan cara telapak tangan lagi menekan permukaan tubuh dengan gerakan memutar secara perlahan-lahan. Pijatan ini bertujuan untuk menyembuhkan sirkulasi darah, tekanan dan juga menghangatkan otot perut lebih banyak relaksasi fisik dan mental (Fitriana & Vidayanti, t.t.).

b. Tujuan

Tujuan pemijatan adalah untuk melancarkan peredaran darah, mengurangi reaksi nyeri, memberikan rasa rileks dan segar serta mengurangi ketegangan otot. (Melinda Nurul, 2021).

c. Manfaat *Massage Effleurage*

Manfaat pijat adalah sebagai berikut (Melinda Nurul, 2021):

- a) Membantu menurunkan tekanan darah tinggi.
- b) Memberikan efek relaksasi yang dapat menghilangkan rasa lelah fisik dan mental.
- c) Meningkatkan kerja setiap organ dalam berdasarkan aliran energi tubuh.

- d) Mempromosikan bentuk tubuh yang tepat dan dapat membantu meningkatkan pergerakan tubuh.
- e) Mampu meningkatkan sirkulasi pada organ vital mengalami kerusakan.
 - 1. Manfaat fisiologis dari teknik pijat meliputi:
 - a. Membantu menurunkan tekanan darah.
 - b. Dimungkinkan untuk mengurangi rasa sakit pada tubuh.
 - c. Relakskan otot.
 - 2. Manfaat psikologis dari pijat antara lain:
 - a. Membantu mengatasi stres.
 - b. Merangsang rasa nyaman dan damai.

d. Prosedur

Sebelum prosedur pemijatan, beberapa langkah persiapan dilakukan sebagai berikut (Melinda Nurul, 2021) :

- a) Siapkan lingkungan yang tenang.

Tukang pijat harus mempertimbangkan lingkungan yang nyaman dan santai, suhu ruangan pas, tidak terlalu dingin atau terlalu dingin jika cuaca panas, gunakan permadani untuk menambah nuansa nyaman pada ruangan pasien.
- b) Seimbangkan diri

Hal yang harus diperhatikan untuk mendapatkan pijatan yang baik kepada pasien yaitu memperhatikan ketenangan dan kenyamanan pasien.

c) *Effleurage*

Effleurage adalah sebutan untuk teknik pemijatan yang menggunakan gerakan menggosok yang ringan dan menenangkan. *Massage effleurage* dilakukan 1 kali sehari selama 3 hari, prosedurnya dilakukan selama 10-20 menit.

d) *Massage* untuk klien

Setelah persiapan selesai, pemijatan bisa dilakukan berbaring.

e) Waktu Pelaksanaan

Massage effleurage dilakukan dalam 3 hari dengan pemberian sehari 1 kali, tindakan dilakukan selama 10-20 menit.

e. Cara Kerja

Menyentuh atau menekan kulit akan melemaskan otot, tendon, dan ligamen, meningkatkan sistem saraf parasimpatis, melepaskan neurotransmitter asetilkolin, menekan aktivitas simpatis di otot jantung dan tekanan darah rendah pijat memiliki efek positif pada organ tubuh tubuh, seperti sistem muskuloskeletal dan kardiovaskular. Anda bisa dipijat menyebabkan pembuluh darah melebar dan pembuluh limfe turun aktivitas sistem saraf simpatik dan meningkatkan respon refleks tekanan; yang meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis. mekanisme ini menyebabkan vasodilatasi sistemik dan melemahkan kontraksi otot jantung, yang menyebabkan penurunan denyut jantung, curah jantung, dan volume stroke dan

kemungkinan perubahan tekanan darah. Ini berarti tekanan darah turun (Melinda Nurul, 2021).

Massage effleurage dapat menurunkan tekanan darah melalui mekanoreseptor dalam tubuh yang berperan dalam pengaturan tekanan, sentuhan dan kehangatan merupakan salah satu mekanisme relaksasi. Mekanoreseptor adalah sel yang mengirimkan sinyal ke sistem saraf pusat dan dengan demikian mengirimkan rangsangan mekanis meningkatkan relaksasi otot dan sirkulasi darah superfisial dimana beban kerja jantung berkurang dan tekanan darah diturunkan.

f. Standart Operasional Prosedur *Massage Effleurage*

Tabel 2.1 SOP Massage Effleurage

NO	Tindakan	Keterangan
A. FASE PRAINTERAKSI		
1	Melakukan verifikasi program pengobatan	
2	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> a. Baby oil. b. Tisu c. Handuk mandi d. Bantal dan guling kecil serta selimut 	
B. FASE ORIENTASI		
1	Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi klien dengan memeriksa identitas klien dengan cermat.	
2	Jelaskan tentang prosesur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada	

klien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan klien.

- 3 Siapkan peralatan yang diperlukan.
 - 4 Atur ventilasi dan sirkulasi udara yang baik.
 - 5 Atur posisi klien sehingga merasa aman dan nyaman.
-

C. TAHAP KERJA

- 1 Beri tahu klien bahwa tindakan akan segera dimulai.
 - 2 Periksa vital sign klien sebelum memulai *effleurage massage* pada punggung.
 - 3 Posisikan klien dengan posisi miring ke kiri atau duduk
Instruksikan klien untuk menarik napas
 - 4 dalam melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut secara perlahan sampai klien merasa rileks.
- Cuci tangan.
- 5 Tuangkan baby oil pada telapak tangan
 - 6 kemudian gosokkan kedua tangan hingga hangat.
- Letakan kedua tangan pada abdomen klien,
- 7 mulai dengan gerakan mengusap.
-

-
- Buat gerakan seperti kupu-kupu dengan
- 8** menggunakan telapak tangan dan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari pada abdomen atas menurun ke samping, gerakan secara perlahan berikan penekanan arahkan penekanan ke bawah.

D. TAHAP TERMINASI

- 1** Bersihkan sisa minyak pada perut klien dengan handuk.
- 2** Rapikan klien ke posisi semula.
- 3** Beritahu bahwa tindakan telah selesai.
- 4** Bereskan alat-alat yang telah digunakan
-

Sumber : (Benjamin, 2020)

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah sistemis yang dilakukan oleh perawat dengan pasien dalam menentukan kebutuhan pasien untuk melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Hasil asuhan yang diberikan kepada pasien dan berorientasi kepada tujuan (Nasriani, 2021).

1. Pengkajian

Pengkajian Keperawatan adalah proses pengumpulan informasi dari pasien, penetapan informasi dasar pasien, dan pencatatan respon kesehatan pasien. Penilaian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis memandu dan mendukung identifikasi masalah pasien. Masalah dinyatakan sebagai diagnosis keperawatan, dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar perumusannya. Diagnosis ini terdiri dari unsur-unsur berikut:

a. Data subyektif

Nama, usia pasien, agama, kebangsaan, pendidikan, pekerjaan, alamat, orang yang bertanggung jawab.

b. Keluhan Utama

Pada umumnya ibu dengan *post sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan dalam menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, lalu sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar (multiple pregnancy), preeklampsia eklampsia berat, ketuban pecah dini nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Hal yang perlu dikaji, penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit kronis, menular, serta menahan seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya riwayat operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (*sectio caesarea*, dan sebagainya).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

d. Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kal ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

e. Riwayat Kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi yaitu untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipaka sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, serta setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

- 1) Penggunaan model keperawatan (pola fungsional) pengkajian menggunakan pendekatan fungsi biopsiko sosial kultural, termasuk analisis terhadap faktor biologis, perkembangan, psikologis, social, dan spiritual. Model keperawatan dapat digunakan seperti model keperawatan jhonson yang berfokus pada perilaku klien, model tentang kemampuan dalam melakukan perawatan diri secara mandiri, dan banyak lagi model serta teori yang lainnya 11 fungsi pola kesehatan dalam pengkajian menggunakan model keperawatan Gordon yaitu:

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Persepsi tentang kesehatan, menguraikan pola yang dirasakan klien tentang kesehatan. Kurangnya pengetahuan tentang ketuban pecah dini dan cara pencegahan, penanganan, serta perawatan serta kurangnya menjaga kebersihan akan menimbulkan masalah dalam perawatan dirinya.

b) Pola nutrisi dan metabolismik

Menguraikan tentang pola pemasukan makanan serta cairan untuk kebutuhan metabolisme dan pola yang menunjukan suplay nutrisi. Pola nutrisi, metabolisme pada klien nifas biasanya terjadipeningkatan nafsu makan karena dari keinginan menyusui bayinya.

c) Pola eliminasi

Menguraikan pola fungsi pengeluaran (urine dan feses), menguraikan frekuensi, warna, bau, dan kosistensinya.

d) Pola istirahat tidur

Pola istirahat tidur serta relaksasi mengenai tentang frekuensi dan berapa lama beristirahat.

e) Pola aktivitas dan latihan

Menguraikan latihan, aktifitas, kesenangan serta rekreasi serta cara mengisi waktu senggang. Pada klien nifas didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami

kelemahan dan nyeri. Adapun tahapan mobilisasi untuk ibu post SC:

1) 6 jam pertama ibu post SC

Istrahat tirah baring, mobilisasi dini yang bisa dilakukan yaitu menggerakan lengan, tangan, ujung jari kaki, dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakan otot betis, serta menekuk serta menggeser kaki.

2) 6-10 jam ibu diharuskan dapat untuk miring kekiri kekanan.

3) Setelah 24 jam

a. Ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk. ibu dapat duduk selama 5 menit dan meminta untuk bernafas dalam, lalu menghembuskannya diserta batuk kecil fungsinya melonggarkan pernafasan.

b. Kemudian posisi tidur terlentang diubah menjadi setengah duduk

c. Selanjutnya ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk selama sehari.

4) Hari ke 3-5 post SC

a. Belajar berjalan, kemudian berjalan sendiri.

b. Mobilisasi secara teratur dan bertahap serta di ikut dengan istirahat dapat membantu penyembuhan ibu.

f) Pola persepsi dan kognitif

Pola sensori yang biasanya dirasakan pada ibu post SC yaitu mengatakan nyeri pada perineum akibat luka jahitan serta nyeri perut akibat involus uteri, pada pola kognitif klien nifas pada klien primipara terjadi kurangnya pengetahuan merawat bayinya. Pola persepsi pada ibu *post secto caesara*, biasanya terjadi kecemasan terhadap keadaan kehamilannya, terlebih saat menjelang persalinannya.

f. Pola konsep diri

Persepsi diri, pola konsep diri, persepsi tentang diri, kenyamanan fisik, gambaran diri, serta perasaan tenang. Dampak psikologis klien terjadi perubahan konsep diri, antara lain body image, dan ideal diri.

g. Pola coping

Pola kopping secara umum dan efektifitasnya dalam menoleransi stress. Pada ibu post partum biasanya sering melamun serta sering merasa cemas.

h. Pola seksual reproduksi

Pola klien terhadap kepuasan serta ketidakpuasan dalam seksualitas dan pola reproduksi.

i. Pola peran dan hubungan

Peran, pernikahan, pertunangan, perjanjian, serta hubungan.

Peran klien dalam keluarga meliputi hubungan klien dengan keluarga dan orang lain.

j. Pola nilai dan kepercayaan

Pola nilai-nilai serta kepercayaan (spiritual atau tujuan-tujuan yang dapat membimbing dalam memilih.

Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, serta biasanya pada ibu postpartum terdapat chloasma gravidarum.

a) Rambut

Warna, bersih atau tidak, rontok atau tidak

b) Alis

Mudah dicabut atau tidak

c) Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan

d) Muka

Oedema atau tidak, khusunya dipagi hari, kloasma Grafidarum

e) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung serta posisi septum, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

f) Mulut

Warna bibir, ada stomatitis atau tidak

g) Gigi

Kebersihan, ada karies atau tidak

h) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

2) Leher

Di kaji adakah pembesaran kelenjar thyroid, dan vena jugularis

3) Dada dan axilla

Ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak

4) Mamae

Masih teraba lunak pada hari dan post partum.mulai keluar Kolustrum, hari hangat dan bersih. hari V keras dan produksi ASI meningkat

5) Putting

Penonjolan putting, kondisi putting

6) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, Perkusi cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectiebu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

7) Ekstermitas

Superior: Kesimetrisan, keadaan kuku (bersih atau tidak, panjang atau pendek, pucat atau tidak)

inferior: Kesimetrisan, keadaan kuku (bersih atau tidak, panjang atau tidak, pucat atau tidak, ada varices atau tidak).

8) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

9) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak

10) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur. Mengetahui kontraksi tidak, uterus baik atau tidak (Nasriani, 2021)

Data Penunjang

- a. Laboratorium
- b. USG
- c. dll

2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- a. Nyeri Akut (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- c. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)
- d. Gangguan Pola Tduri (D.0055)
- e. Resiko Infeksi (D.0142)
- f. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
- g. Defisit perawatan diri (D.0109)

3. FOKUS INTERVENSI

Menurut SDKI, SLKI, SIKI yang muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah:

A. Nyeri Akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d kondisi pemebedahan

- 1) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan

onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Gejala dan tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh nyeri

Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat.,

3) Gejala dan tanda Minor

Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, proses berfikir terganggu, menarik diri, diaforasis.

4) SLKI

Kontrol Nyeri Meningkat (L.08063)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi.

Ekspektasi menurun.

Kriteria Hasil:

- a) luhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Kesulitan tidur menurun

5) SIKI

Intervensi Mayor: Manajemen Nyeri (1.08238)

Intervensi Di Sarankan:

Observasi:

- a) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Mengidentifikasi skala nyeri
- c) mengidentifikasi nyeri non verbal
- d) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- f) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- g) Memonitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik:

- a) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. akupresur, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Memfasilitasi istirahat dan tidur

- d) Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan meredakan nyeri

Edukasi:

- a) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Menjelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Mengajurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi :

Mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

B. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak

- 1) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

- 2) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh sulit mengerakkan ekstermitas

Objektif: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

- 3) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Objektif: Gerakan terbatas, fisik lemah, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi.

4) SLKI**Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042)**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik dapat teratasi.

Ekspektasi Meningkat

Kriteria Hasil

- a. Pergerakkan ekstermitas meningkat
- b. Kekuatan otot meningkat
- c. Gerakan terbatas menurun
- d. Kekuatan otot meningkat

5) SIKI**Intervensi Mayor: Dukungan Mobilisasi (1.05173)**

Intervensi Disarankan

Observasi :

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan luka fisik lainnya
- b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Teraupetik:

- a. Memfasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- b. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Edukasi:

- a. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Mengajurkan melakukan mobilisasi dini
- c. Mengajarkan mobilisasi derhana yang harus dilakukan (misalnya duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

C. Gangguan rasa nyaman (D.0074) b.d nyeri d.d mengeluh sulit tidur

1. Definisi: Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.
2. Gejala dan Tanda Mayor
 - Subjektif: Mengeluh tidak nyaman
 - Objektif: Gelisah
3. Gejala dan Tanda Minor
 - Subjektif: Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh lelah

Objektif: Menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis.

4. SLKI

Status Kenyamanan Pasca Partum Meningkat (L.07061)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan rasa nyaman dapat teratasi.

Ekspektasi meningkat

Kriteria Hasil:

- a. Keluhan tidak nyaman menurun
- b. Meringgis menurun
- c. Menangis menurun
- d. Merintih menurun

Intervensi Mayor: Terapi Relaksasi (1.09326)

Intervensi Disarankan:

Observasi :

- a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
- d. Monitor respon terhadap terapi relaksasi.

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- c. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- d. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan nalgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- b. Anjurkan mengambil posisi nyaman
- c. Anjurkan rileks dan merasakan sensai relaksasi
- d. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
- e. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

**D. Gangguan Pola Tidur (D.0055) b.d hambatan lingkungan
tindakan d.d kondisi pasca operasi**

1. Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup.

3. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

4. SLKI

Pola Tidur Membaiik (L.05045)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi.

Ekspektasi Membaiik

Kriteria Hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun
- b. Keluhan pola tidur berubah menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun

5. SIKI

Intervensi Mayor: Dukungan Tidur (05174)

Intervensi Disarankan:

Observasi:

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

- b. Identifikasi faktor penganggu tidur (fisik atau psikologis)
- c. Identifikasi makanan dan minuman yang menganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik:

- a. Modifikasi lingkungan (mis pencahayaan, kebisingan, suhu matras, dan tempat tidur)
- b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- d. Tetapkan jadwal rutin tidur
- e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Edukasi:

- a. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- b. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
- c. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang menganggu tidur

- d. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah *shift* bekerja)
- e. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau nonfarmakologi lainnya.

E. Resiko Infeksi (D.0142) Dibuktikan dengan luka insisi

1. Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2. Faktor Resiko

Penurunan hemoglobin

3. SLKI

Tingkat Infeksi Menurun (L.14137)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi dapat teratasi.

Ekspektasi Menurun

Kriteria Hasil:

- a. Nyeri menurun
- b. Kadar sel darah putih membaik
- c. Kultur area luka membaik
- d. Kemerahan menurun

4. SIKI

Intervensi Mayor: Pencegahan Infeksi (L. 14539)

Intervensi Disarankan:

Observasi:

- a. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokaldan sistemik

Teraupetik

- a. Membatasi jumlah pengunjung
- b. Memberikan perawatan kulit pada area edema
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
dan lingkungan pasien
- d. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisko
tinggi

Edukasi

- a. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Mengajarkan mencuci tangan dengan benar
- c. Mengajarkan etika batuk
- d. Mengajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi
- e. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi
- f. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

F. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) d.d kurang aktivitas fisik d.d nyeri ekstermitas

1. Definisi

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

2. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (Tidak tersedia)

Objektif : Turgor kulit menurun

3. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Nyeri ektermitas

Objektif : Penyembuhan luka lama

4. SLKI

Perfusi perifer meningkat (L.02011)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer dapat teratasi.

Ekspektasi Meningkat

Kriteria Hasil:

- a. Denyut nadi perifer menurun
- b. Sensasi menurun
- c. Penyembuhan luka meningkat
- d. Nyeri ektermitas menurun
- e. Tugor kulit membaik

5. SIKI

Intervensi mayor : Perawatan sirkulasi (I.02079)

Observasi

- a. memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer edema, pengisian kapiler, warna, suhu, *anklebrachial index*)
- b. mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
- c. Monitor panas, kemerahan nyeri, atau bengkak pada ekstermitas

Terapeutik

- a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
- b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi
- c. Melakukan pencegahan infeksi
- d. Melakukan perawatan kuku
- e. Melakukan hidrasi

Edukasi

- a. Mengajurkan berhenti merokok
- b. Mengajurkan rutin berolahraga
- c. Mengajurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar

- d. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
- e. Menganjurkan minum obat mengontrol tekanan darah secara teratur
- f. Menganjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
- g. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).

G. Defisit Perawatan Diri (D.0109) b.d kelemahan d.d minat melakukan perawatan diri kurang

1. Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

2. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri

Objektif : Minat mampu melakukan perawatan diri kurang

3. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : (Tidak Tersedia)

Objektif : (Tidak Tersedia)

4. SLKI

Perawatan Diri Meningkat (L.11103)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri dapat teratasi.

Ekspektasi Meningkat

Kriteria Hasil:

- a. Kemampuan mandi meningkat
- b. Kemampuan ke toilet meningkat
- c. Kemampuan makan meningkat
- d. Kemampuan menggunakan pakaian meningkat
- e. Minat melakukan perawatan diri meningkat
- f. Mempertahankan kebersihan meningkat

5. SIKI

Intervensi mayor : Dukungan perawatan diri (I.11348)

Observasi

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor tingkat kemandirian
- c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.

Terapeutik

- a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)

- b. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- e. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- a. Anjurkan untuk melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

6. IMPLEMENTASI

Tindakan keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik oleh perawat dikerjakan untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

7. EVALUASI

Evaluasi adalah suatu tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya merupakan membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Maharani, 2020).

C. Metodologi

Metodologi menjelaskan secara konsep dan rencana pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti. Bagian ini menjelaskan secara detail langkah-langkah yang akan dilakukan peneliti dalam melakukan pengumpulan data, berinteraksi dengan klien, keluarga atau subjek penelitian lainnya serta metode/cara yang digunakan dalam pengambilan data untuk mengaplikasikan teori pengkajian yang telah dipilih. Adapun bagian dari metodologi antara lain :

1. Jenis rancangan penelitian serta pendekatan

Rancangan penelitian ini menggunakan racangan penelitian studi kasus yang berfokus pada pemahaman yang mendalam mengenai asuhan keperawatan maternitas pada Ny.N dengan fokus intervensi *massage effleurage* terhadap nyeri *post sectio caesarea* untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam, rinci dengan langkah-langkah pemilihan kasus, pengumpulan data refleksi proses keperawatan untuk mendapatkan data primer dan sekunder pada kasus, analisa data, pelaporan temu, serta refleksi dan implementasi (Fitri Hastuti, 2019).

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini yaitu pasien post operasi *sectio caesarea* yang mengalami nyeri <48 jam pertama, pasien dalam kondisi sadar penuh dan berada di ruang terbuka, pasien tidak menalami gangguan pendengaran , pasien yang diberikan terapi standar ruangan.

3. Waktu dan tempat

Pada tanggal 6 April 2024 tempat pelaksana studi kasus yaitu di RSUD Dr.r Soedjati Soemodiardjo Purwodadi

4. Fokus Studi

Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi *Massage Effleurage* terhadap nyeri *post sectio caesarea*.

5. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan peralatan yang digunakan untuk memudahkan dalam pencapai hasil baik pada saat mengumpulkan data. Instrumen dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah headphone, tensi meter, format pengkajian, dan pengukuran skala nyeri menggunakan *Visual Analogue Scale* (VAS) sebagai alat pengukuran instensitas atau tingkat nyeri.

6. Metode Pengumpulan Data

Menurut (Siskasari, 2021) pengambilan data dalam karya tulis ilmiah menggunakan metode sebagai berikut :

a. Wawancara

Kegiatan secara langsung kepada responden yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, checklist atau daftar periksa.

b. Observasi

Pengamatan secara langsung kepada responden untuk mengetahui perubahan atau hal yang akan diteliti dengan instrumen yang dapat digunakan berupa lembar observasi dan panduan pengamatan.

c. Studi Dokumen atau Teks

Pengkajian dari dokumen tertulis seperti buku, jurnal dan catatan kasus. Teknik pengkajian dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yaitu dengan menggunakan data yang diperoleh secara langsung dari klien (data primer) dan data yang didapatkan dari cacatan, buku, dan laporan pemerintah (data skunder).

7. Etika Penelitian

Menurut Hidayat dalam (Siskasari, 2021) Etika penelitian yang digunakan untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian peneliti antara lain :

a. *Infomed Consent*

Bentuk persetujuan responden agar mengetahui maksud dan tujuan penelitian.

b. *Anonymity*

Salah satu bentuk untuk menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama, alamat cukup memberi inisial yang menunjukkan identitas responden.

c. Confidentialy

Usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden dalam menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password dan data bentuk laporan asuhan keperawatan yang disimpan di rekam medis rumah sakit.