

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea* (SC)

1. Definisi

Sectio Caesarea (SC) merupakan metode persalinan dengan cara pembedahan, di mana janin dievakuasi melalui insisi pada dinding perut ibu. Prosedur ini diindikasikan apabila persalinan spontan (normal) berisiko atau tidak dapat dilakukan karena masalah kesehatan tertentu, seperti preeklamsia, anomali posisi janin, atau plasenta previa. (Maharani and Rejo 2024). *Sectio Caesarea* (SC) didefinisikan sebagai suatu proses persalinan artifisial, yang dilakukan dengan membuat insisi pada dinding anterior perut dan dinding rahim untuk mengeluarkan bayi. Kriteria pelaksanaannya adalah integritas uterus harus terjaga dan berat janin yang dilahirkan minimal harus di atas 500 gram. (Wijayanti et al. 2024)

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah yang bertujuan untuk mengeluarkan janin melalui insisi (sayatan) pada dinding perut dan rahim. Tindakan ini dilakukan demi menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, mengingat adanya beberapa indikasi medis yang menghalangi persalinan normal. Indikasi-indikasi tersebut meliputi: persalinan yang berkepanjangan, plasenta previa, janin kembar, ketuban pecah dini, malpresentasi janin (seperti letak lintang), prolaps tali pusat, preeklamsia, dan panggul yang sempit. (Rubianti and Wijayanti 2022)

Berdasarkan penjabaran diatas dapat disimpulkan bahwa *Sectio caesarea* (SC) merupakan proses persalinan dengan tindakan pembedahan pada dinding abdomen dan uterus bertujuan mengeluarkan janin disebabkan indikasi medis.

2. Klasifikasi

Menurut (Armayanti, Nataningrat, and Sumiari Tangkas 2024) Pembedahan *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. *Sectio Caesarea* Klasik

SC Klasik atau *corporal* adalah jenis operasi sesar yang ditandai dengan insisi pada korpus uteri atau segmen atas uterus. Prosedur bedah ini menjadi pilihan apabila segmen bawah rahim sudah tidak dapat dipertahankan keselamatannya, terdapat malpresentasi janin, dan telah terjadi pecah ketuban.

b. *Sectio Caesarea* Ismika

Sectio Caesarea Ismika (rofundal) merupakan jenis pembedahan dengan insisi yang ditempatkan pada segmen bawah uterus. Keunggulan yang menonjol dari teknik Ismika ini meliputi tingkat kesembuhan pasca-operasi yang superior serta kecenderungan yang rendah untuk menyebabkan adhesi (perlekatan jaringan).

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah prosedur bedah ganda, yaitu setelah janin dilahirkan melalui *Sectio Caesarea*, operasi dilanjutkan dengan pengangkatan rahim (*histerektomi*). Tindakan ini dilakukan

karena beberapa alasan medis, seperti atonian uteri (rahim gagal berkontraksi) yang tidak dapat diatasi dengan intervensi lain, adanya mioma uteri (tumor otot rahim) yang ukurannya sangat besar, atau kasus ruptura uteri (robekan rahim) yang tidak memungkinkan untuk diperbaiki dengan penjahitan.

d. *Section Caesarea Vagina*

Yang dimaksud dengan *SC Vagina* adalah prosedur bedah di mana akses ke rongga rahim didapatkan melalui sayatan pada dinding depan vagina. *SC Ekstraperitoneal* merupakan metode *sectio caesarea* yang dilaksanakan berulang pada klien tertentu. Teknik ini melibatkan penghindaran insisi peritoneum dengan cara memisahkan lapisan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah, sebelum akhirnya rahim dibuka pada segmen bawah.

3. Etiologi

Menurut (Soyono 2023) menjelaskan etiologi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut :

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu panggul sempit, *partus* lama (prolonged labor), ruptur uteri mengancam, *partus* tidak maju (obstructed labor), distoria serviks, Ketuban Pecah Dini prek-eklampsia, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, tidak seimbangannya antara ukuran kepala dan panggul (Disprosi sefalo-pelvik) dan plasenta previa sentralis.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu letak sungsang, letak bokong, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin dan kehamilan kembar (*gemeli*).

(Rahmawati 2021) Menjelaskan indikasi *sectio caesarea* yaitu:

1) Hambatan Jalan Lahir

Terdapat beberapa jenis hambatan pada jalan lahir, seperti *Disproporsi Sefalopelvik (CPD)*—yaitu jika ukuran kepala janin lebih besar daripada lingkaran panggul ibu. Hambatan lain mencakup tumor, kelainan bawaan pada janin atau jalan lahir ibu, dan kondisi medis lain seperti gangguan pernapasan pada ibu.

2) *PEB (Pre-Eklamsia Berat)*

Penyakit yang etiologinya tidak jelas namun merupakan konsekuensi langsung dari kehamilan membentuk suatu kesatuan klinis. Dalam konteks obstetri, *Pre-eklamsia* menduduki posisi sebagai penyebab utama kematian perinatal dan maternal, hanya dilampaui oleh infeksi dan perdarahan.

3) KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban Pecah Dini dicirikan sebagai ruptur membran amnion sebelum dimulainya persalinan, dan ketiadaan aktivitas *inpartus* setelah observasi selama satu jam. Sebagian besar kasus KPD ditemukan pada usia kehamilan aterm, yaitu kehamilan yang telah mencapai atau melewati 37 minggu.

4) Bayi Kembar

Walaupun tidak semua kasus bayi kembar harus berakhir dengan persalinan *sectio caesarea*, kelahiran ganda memang memiliki potensi komplikasi yang lebih besar. Hal ini disebabkan oleh tingginya kemungkinan bayi berada dalam posisi sulit, seperti sungsang atau letak lintang, yang menghambat proses kelahiran normal.

5) Polihidramnion

Volume cairan amnion maksimum pada kehamilan normal adalah 1 liter, sedangkan kondisi *polihidramnion* dicirikan oleh peningkatan volume hingga 2 atau 3 liter. Diagnosis klinis *polihidramnion* ditetapkan melalui berbagai kriteria pengukuran, yang melibatkan pemeriksaan ultrasonografi dan dikombinasikan dengan pengukuran lingkar perut menggunakan *medline*.

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Armeyanti et al. 2024) manifestasi klinis pada klien *Post Sectio Caesarea* yaitu:

- a. Tidak ada bising usus
- b. Terpasang kateter urin
- c. Di abdomen terdapat luka insisi
- d. Nyeri akibat luka bedah
- e. Ketidaknyamanan menghadapi situasi baru
- f. Selama prosedur pembedahan kehilangan darah 600-800 ml

5. Fisiologi

a. Uterus

1) Afterpains

Kontraksi dan relaksasi yang periodic sering dialami multipara dan dapat menimbulkan nyeri yang dapat bertahan sepanjang awal puerperium. Kondisi afterpains banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus tetap kencang.

2) Kontraksi

Setelah proses kelahiran, terjadi peningkatan aktivitas kontraksi miometrium (uterus) yang jelas. Fenomena ini diperkirakan merupakan mekanisme respons terhadap penurunan signifikan volume di dalam rongga rahim.

3) Proses Involusi

Merupakan tahapan pasca persalinan di mana uterus mengalami regresi atau kembali ke ukuran pra-kehamilan. Involusi ini diinisiasi oleh kontraksi otot polos rahim segera setelah pelepasan plasenta.

b. Tempat Plasenta

Pasca pengeluaran plasenta dan membran (*ketuban*), tempat plasenta mengalami involusi. Vasokonstriksi dan trombosis menyebabkan area tersebut menjadi menonjol, ireguler, dan bernodul. Karakteristik penyembuhan luka di sini adalah regenerasi endometrium yang mengikis jaringan ekrotik, sehingga tidak meninggalkan jaringan parut (skar).

c. Lochea

Lochea merupakan cairan secret yang berasal dari uteri dan vagina selama masa nifas. Terdapat 3 macam lochea, yaitu:

1) Lochea Rubra warna merah

Lochea rubra terjadi pada hari 1-3 setelah persalinan, berwarna merah terang hingga merah tua. Lochea adalah darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, yetriks caseora, lanugo dan meconium. Cairan lochea ini berbau amis.

2) Lochea Serosa

Merupakan pengeluaran secret terjadi pada hari 3-14 pasca persalinan dan memiliki warna merah muda, warna kekuningan hingga menjadi kecoklatan

3) Lochea Alba

Lokhea alba merupakan lokhea yang terakhir. Terjadi pada hari 14 hingga menjadi sedikit dan menjadi berhenti sampai atau 2 minggu, Berbentuk seperti cairan warna putih.

d. Serviks

Serviks mengalami pelunakan segera setelah persalinan. Sekitar 18 jam setelah *partum*, terjadi penyusutan serviks; konsistensinya berubah menjadi padat, dan secara morfologis kembali ke konfigurasi normalnya.

e. Vagina dan Perineum

Penurunan kadar estrogen setelah *partum* bertanggung jawab atas penipisan mukosa vagina dan hilangnya lipatan transversal (*rugae vagina*). Rugae yang terdistensi akan mengalami regresi kembali ke dimensi pra-gravidanya dalam 6-8 minggu pasca melahirkan, dengan kemunculan yang terlihat sekitar minggu ke-4. Namun, pada wanita yang menyusui, atrofi mukosa akan dipertahankan hingga siklus menstruasi mereka kembali.

f. Topang Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina dapat mengalami cedera pada saat melahirkan dan masalah ginekologi dapat timbul suatu hari.

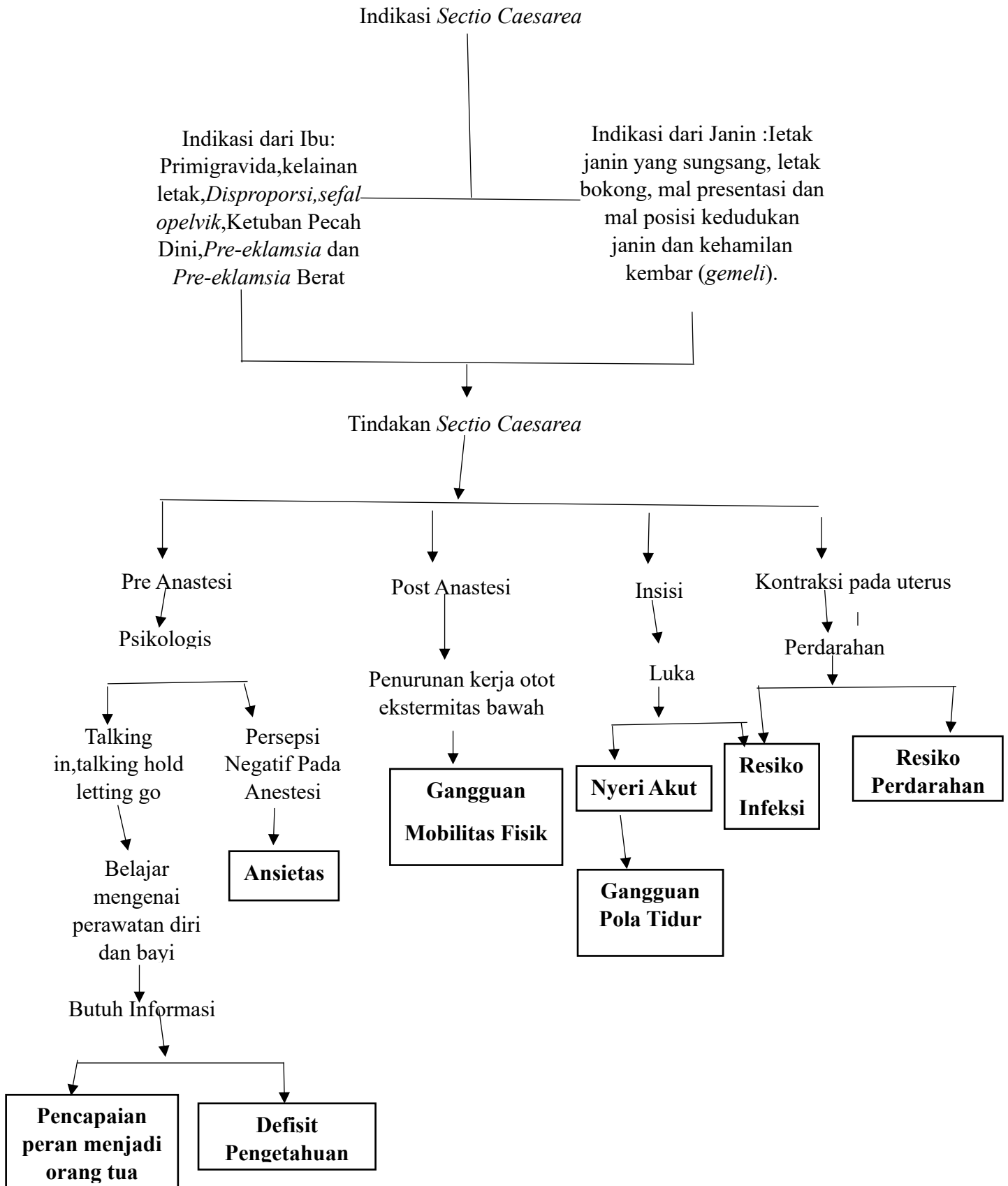
g. Payudara dan Laktasi

Peningkatan ukuran payudara selama kehamilan disebabkan oleh proliferasi sel-sel duktus laktiferus. Proses proliferasi ini diatur oleh berbagai hormon yang diproduksi plasenta, termasuk laktogen, prolaktin, kotigonadotropin, estrogen, dan progesteron. Pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron menurun drastis seiring dengan lepasnya plasenta. Penurunan ini menyebabkan hormon prolaktin tetap tinggi tanpa hambatan dari estrogen, memicu produksi ASI. Kondisi engorgement (bendungan ASI) merupakan respons di mana pembuluh darah payudara membengkak karena terisi darah, terasa hangat, dan menimbulkan rasa sakit.

6. Patofisiologi

Beberapa kelainan atau hambatan dalam proses persalinan dapat menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, seperti chepalo-pelvik disproporsi, preeklampsia, ketuban pecah dini, maupun gangguan pada jalan lahir. Kondisi tersebut menjadikan tindakan operasi sectio caesarea perlu dilakukan. Pada prosedur pembedahan, klien akan diberikan anestesi yang berdampak pada keterbatasan mobilisasi sehingga muncul masalah gangguan mobilitas. Selain itu, insisi pada dinding abdomen menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, serta saraf di area yang disayat, sehingga memicu pelepasan histamin dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri akut. Setelah operasi selesai, luka insisi akan ditutup dan menjadi luka pasca tindakan, yang apabila tidak dirawat secara optimal berisiko menimbulkan infeksi.(Maharani 2023)

7. Pathway(Maharani 2023)



8. Komplikasi

Persalinan *Caesarea* tidak terhindar dari komplikasi, baik bagi ibu maupun janin. Ancaman utama bagi ibu bersalin *Section Caesarea* berasal dari tindakan anestesi, keadaan sepsis yang berat, perlukan pada traktus urinarium dan infeksi pada luka. Menurut (Winarti, Gisela, and Hartati 2023) komplikasi yang dialami saat *post section caesarea* yaitu :

a. Demam puerperalis

Merupakan peningkatan suhu mencapai 38,5°C

b. Demam pasca bedah

Merupakan sebuah gejala yang menandakan adanya suatu komplikasi serius.

c. Morbiditas febris

Merupakan komplikasi yang paling sering terjadi saat pelaksanaan *section caesarea*.

d. Pendarahan masa nifas *post section caesarea*

Merupakan perdarahan ini diakibatkan kegagalan mencapai homeostatis di tempat insisi uterus maupun pada plasenta bed akibat atoni uteri. Darah yang hilang mencapai 1000 ml.

e. Komplikasi pada bayi apat menyebabkan hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan dan trauma persalinan.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terhadap pasien *post section caesarea* menurut (Winarti et al. 2023), yaitu :

- a. Langkah pertama adalah memosisikan pasien dalam posisi pemulihan (*recovery position*). Selanjutnya, pantau kondisi umum pasien dan monitor tanda-tanda vital (TTV) dengan jadwal ketat: setiap 15 menit selama jam pertama, kemudian setiap 30 menit untuk jam kedua. Pada jam-jam berikutnya, fokuskan pemantauan pada tingkat kesadaran pasien, yang dilakukan setiap 15 menit sampai pasien sadar sepenuhnya.

- b. Pemberian cairan

Pasien yang akan menjalani *Sectio Caesarea* diwajibkan berpuasa selama enam jam pra-operasi. Kondisi ini memerlukan substitusi cairan intravena yang mengandung elektrolit secara adekuat guna meminimalkan risiko dehidrasi, hipotermia, dan disfungsi organ. Cairan yang umumnya diinfuskan meliputi NaCl, D5 10%, dan Ringer Laktat, diberikan secara selang-seling berdasarkan volume yang dibutuhkan. Sementara itu, jika terdeteksi anemia (kadar hemoglobin rendah), pasien akan diberikan transfusi darah yang sesuai indikasi.

- c. Biasanya pemberian cairan intra vena akan dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diberikan minum dan makan melalui mulut. Minum diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi yaitu air putih dan teh.

- d. Kateterisasi, Kandung kemih yang penuh memiliki konsekuensi klinis berupa nyeri, hambatan terhadap involusi uterus, dan peningkatan risiko perdarahan *post partum*. Umumnya, kateter dipertahankan selama 24 hingga 48 jam pasca operasi, durasi pastinya disesuaikan dengan jenis pembedahan pasien.
- e. Perawatan luka, Kondisi balutan luka biasanya setelah satu hari pasca operasi, bila luka basah dan berdarah maka harus diganti.
- f. Pemberian terapi obat, Pemberian analgetik pemilihan dan dosisnya yang berbeda, antibiotik dan supositoria.

B. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Pengertian

Ketuban Pecah Dini didefinisikan sebagai ruptur membran amnion sebelum onset persalinan, dengan tidak adanya aktivitas *inpartus* setelah observasi selama satu jam. Interval waktu dari ruptur membran hingga dimulainya kontraksi uterus disebut sebagai kejadian KPD. Kondisi ini merupakan faktor etiologi dominan dalam persalinan prematur, dengan segala morbiditas dan mortalitas yang diakibatkannya. (Winarti et al. 2023)

KPD didefinisikan sebagai ruptur selaput ketuban yang terjadi sebelum persalinan yang sesungguhnya dimulai atau sebelum memasuki usia kehamilan 37 pekan, baik disertai kontraksi maupun tidak. Tanda klinis KPD adalah keluarnya cairan dari vagina pada usia kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum proses melahirkan terjadi. Cairan keluar melalui

selaput ketuban yang robek, muncul setelah usia kehamilan (siska, Rahmawati, and Nailah 2023).

Dari serangkaian pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa pasien pasca *Sectio Caesarea* dengan indikasi Ketuban Pecah Dini adalah individu yang harus menjalani operasi pembedahan yang disebabkan oleh ruptur membran amnion atau keluarnya cairan melalui vagina, yang terjadi sebelum adanya tanda-tanda persalinan.

2. Etiologi

Menurut (Rahmawati 2021) pemicu KPD belum dapat diketahui secara pasti, akan tetapi terdapat aspek yang berhubungan erat dengan KPD diantaranya yaitu:

- a. infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderan dari vagina atau peradangan pada cairan.
- b. Serviks inkompetensia, kanalis servikalis selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curettage)
- c. Trauma, misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis.
- d. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Rahmawati 2021) manifestasi klinis dari KPD yaitu

- a. Rembesan cairan ketuban melalui jalan lahir.
- b. Cairan memiliki aroma amis, bukan bau amonia.
- c. Meskipun kebocoran berlangsung kontinu karena produksi yang berlanjut, kepala janin dapat menyumbat aliran untuk sementara ketika ibu mengubah posisi tubuh (duduk/berdiri).
- d. Adanya demam, nyeri abdomen, perdarahan vagina masif, dan percepatan denyut jantung janin adalah tanda peringatan infeksi.

4. Patofisiologi

Ketuban Pecah Dini (KPD) terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau peningkatan tekanan intrauterin, atau keduanya. Tekanan intrauterin yang kuat dapat bertindak sebagai penyebab independen. Meskipun pecah ketuban saat persalinan normal disebabkan kontraksi dan regangan, pada KPD, pecahnya selaput disebabkan oleh kerapuhan biokimia lokal pada selaput ketuban inferior. Gangguan keseimbangan antara sintesis dan degradasi matriks ekstraselular, terutama perubahan pada kolagen dan katabolisme, adalah pemicu utama kelemahan membran. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ini berkaitan erat dengan kontraksi rahim, pembesaran uterus, dan aktivitas janin. Perubahan biokimia yang terjadi di trimester akhir merupakan kunci mekanisme pecah ketuban. (siska et al. 2023)

5. Komplikasi Ibu

- a. Infeksi *peurperalis*/masa nifas
- b. *Dry labour/partus* lama
- c. Pendarahan *post partum*
- d. Morbilitas dan mortalitas perinatal
- e. Meningkatkan tindakan operatif obstetric khususnya *SC*
- f. Infeksi intrapranatal dalam persalinan, Jika terjadi infeksi dan kontraksi KPD maka bias menyebabkan sepsis yang selanjutnya dapat mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas (siska et al. 2023)

6. Komplikasi Janin

- a. Sindrom deformitas janin
- b. Morbilitas dan mortalitas perinatal
- c. *Polaps funiculli*/penrunan tali pusat
- d. Hipoksia dan afiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi)
- e. *Prematuritas*

Masalah yang dapat terjadi pada persalinan premature diantaranya adalah respiratori distress sindrom, hipotermia, neonatal feeding proble (siska et al. 2023)

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Amniosintesis
- b. Test lakmus berubah menjadi biru
- c. Pemeriksaan leukosit darah $> 15.000/PL$ bila terjadi infeksi
- d. USG menentukana usia kehamilan, indeks cairan amnion berkurang.

8. Pencegahan

- a. Rutin menjalani pemeriksaan kehamilan sesuai jadwal.
- b. Menjalani gaya hidup sehat, termasuk mengonsumsi makanan bergizi, memastikan hidrasi yang cukup, dan berolahraga secara teratur.
- c. Menjaga kebersihan area genital dengan benar, terutama setelah buang air kecil atau buang air besar.
- d. Segera memeriksakan diri ke dokter jika ditemukan kondisi abnormal pada area genital, misalnya keputihan yang berbau atau memiliki warna yang tidak biasa.
- e. Jika terdapat indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD), seperti kelemahan pada mulut rahim, aktivitas hubungan seksual sebaiknya dihentikan sementara. (Maria 2023).

9. Penatalaksanaan

Menurut (Maria 2023) penatalaksanaan KPD adalah sebagai berikut:

- a. Lakukan pengukuran suhu dan denyut nadi ibu setiap 4 jam.
- b. Laksanakan penghitungan sel darah putih (leukosit), baik setiap hari atau selang sehari.
- c. Lakukan pemantauan janin secara elektronik, dan cek Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 4 jam setelah ibu tiba di rumah sakit.
- d. Pada kehamilan aterm (cukup bulan), terminasi (pengakhiran) kehamilan dapat dianjurkan dalam rentang waktu 6 hingga 24 jam jika tidak terjadi kontraksi spontan (*his*).

- e. Pada usia kehamilan 24-32 minggu, indikasi persalinan perlu dipertimbangkan jika berat janin memadai. Namun, terdapat kemungkinan janin tidak dapat diselamatkan. Jika persalinan mengarah ke prematur, tindakan *Sectio Caesarea (SC)* dapat dilakukan.
- f. Gunakan pemeriksaan USG (*ultrasonografi*) untuk mengukur *distansia biparietal* (diameter kepala janin), dan pertimbangkan aspirasi air ketuban untuk membandingkan dan menilai kematangan paru janin.

10. Dampak Masalah

Dampak pada Ibu:

- a. Infeksi: Berpotensi mengalami infeksi, misalnya korioamnionitis.
- b. Distres Pernapasan: Munculnya sindrom distres pernapasan.
- c. Kedaruratan Tali Pusat: Risiko terjadinya prolaps tali pusat.

Dampak pada Janin:

- a. Morbiditas: Risiko jangka panjang berupa kecacatan.
- b. Kematian Perinatal: Angka kematian janin meningkat tajam pada kasus KPD yang terjadi secara *preterm*.
- c. Paru-paru: Berisiko mengalami hipoplasia paru.
- d. Septikemia: Infeksi yang terjadi di dalam rahim (*intrauterin*).
- e. Masalah Tali Pusat: Terjadinya tali pusat menumbung.
- f. Isu Persalinan: Berisiko prematuritas dan,
- g. kesulitan saat melahirkan (*distosia*). (Maharani 2023)

C. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian

Nyeri merupakan sensasi emosional yang tidak menyenangkan. Persepsi nyeri pada setiap orang sangat bergantung pada riwayat pengalaman dan status emosionalnya. Nyeri bersifat subjektif dan unik bagi setiap individu. Akibatnya, dua orang yang dikenai stimulus nyeri yang sama belum tentu merasakannya dengan cara atau tingkat yang setara. (Wijayanti et al. 2024).

2. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua jenis yaitu :

- a. Nyeri Akut, yang didefinisikan sebagai rasa sakit yang muncul secara mendadak dan cepat mereda, dengan durasi tidak melebihi enam bulan. Nyeri akut sering ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot.
- b. Nyeri kronis, nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama yaitu lebih dari 6 bulan (Ismiati and Rejeki 2023).

3. Etiologi

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap persepsi dan manifestasi nyeri:

- a. Usia: Usia menjadi variabel esensial yang memodifikasi respons nyeri, khususnya pada populasi pediatri dan geriatri. Diferensiasi perkembangan pada kedua kelompok ini memengaruhi cara mereka bereaksi terhadap stimulus nyeri.

- b. Gender: Tidak ditemukan adanya variasi signifikan dalam respons nyeri antara individu laki-laki dan perempuan.
- c. Etnokultural: Latar belakang etnis dan budaya merupakan determinan penting dalam manifestasi respons nyeri, yang sering kali merefleksikan nilai-nilai moral kultural yang dianut.
- d. Penilaian Kognitif: Individu menilai nyeri secara berbeda ketika nyeri tersebut diinterpretasikan sebagai ancaman, kehilangan, hukuman, atau tantangan.
- e. Distraksi (Perhatian): Pengalihan perhatian umumnya berkorelasi dengan peningkatan toleransi nyeri, terutama untuk nyeri yang berlangsung hanya selama periode fokus dialihkan.(Suprapti et al. 2024).

4. Dampak Nyeri *Post Section Caesarea*

Nyeri pasca bedah dapat memicu berbagai reaksi fisik dan psikologis pada ibu setelah melahirkan (*post partum*). Reaksi ini sering bermanifestasi dalam bentuk gangguan mobilisasi (kesulitan bergerak) dan penurunan motivasi atau menjadi malas, beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri *post section caesarea* (Ismiati and Rejeki 2023)

5. Fisiologi

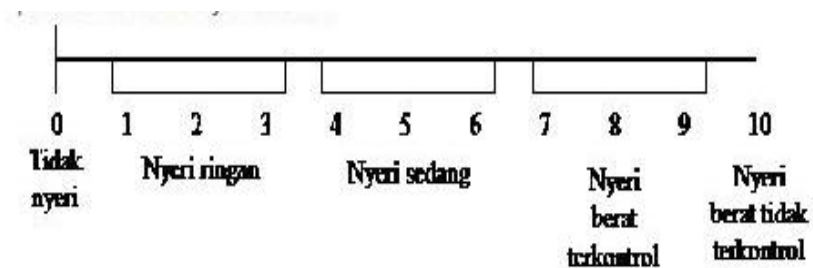
Rasa nyeri dapat ditimbulkan oleh berbagai rangsangan, seperti stimulus mekanis, panas, kimiawi, atau listrik pada ujung saraf. Peran perawat adalah mendeteksi nyeri tidak hanya dari penuturan pasien, tetapi juga dari respons fisiologis dan tanda-tanda umum yang tampak. Ketika nyeri terjadi, pasien memperlihatkan tanda seperti ekspresi kesakitan (meringis), peningkatan frekuensi napas dan nadi, keringat dingin, wajah pucat, perilaku verbal (menangis/berteriak), dan tekanan darah yang meninggi.

6. Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut (Sudjarwo and Solikhah 2023), Pengukuran intensitas nyeri memiliki sifat yang sangat subjektif, mengingat dua orang yang menerima rangsangan nyeri serupa dapat merasakannya dengan tingkatan yang berbeda. Nyeri dapat dievaluasi secara sederhana dengan meminta pasien mendeskripsikannya sendiri menggunakan kata-kata seperti "tumpul," "berdenyut," atau "terbakar." Selain itu, penilaian ini juga bisa dilakukan dengan memanfaatkan alat bantu yang lebih terstruktur (formal) untuk mendapatkan data yang lebih objektif.

Beberapa skala intensitas nyeri, antara lain :

- a. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

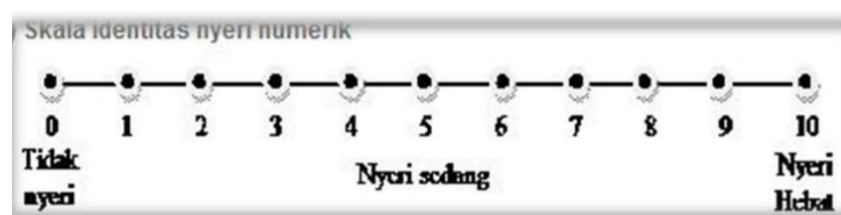


Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana atau Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah alat yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan nyeri secara lebih objektif. Pada VDS, nyeri dideskripsikan dalam urutan dari “tidak nyeri” hingga “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat memperlihatkan skala ini kepada klien dan meminta mereka memilih tingkat nyeri yang baru saja dirasakan. Alat ini memungkinkan klien untuk menentukan kategori yang paling sesuai untuk mendeskripsikan rasa nyerinya.

b. *Numerical Rating Scale (NRS)*

NRS (Numerical Rating Scale) menggunakan garis horizontal terbagi menjadi 10 segmen bernomor 0–10. Angka 0 menunjukkan “tidak ada nyeri”, sedangkan 10 menunjukkan “nyeri terparah yang bisa dibayangkan”.

Pasien diminta memilih angka yang paling sesuai untuk menggambarkan nyeri yang mereka rasakan.



Gambar 2.2 Skala *Numerical Rating Scale*

Kriteria nyeri menurut skala:

0: Tidak ada nyeri.

1–3: Nyeri ringan; pasien masih dapat berkomunikasi, nyeri minimal.

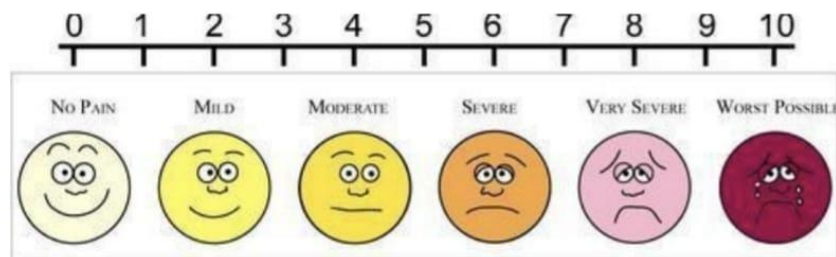
4–6: Nyeri sedang; pasien mendesis atau menyeringai, dapat menjelaskan nyeri, masih mengikuti perintah, dan nyeri dapat dikurangi dengan alih posisi.

7–9: Nyeri berat; pasien sulit mengikuti perintah, tetap bisa menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

10: Nyeri sangat berat, tidak tertahankan.

c. Skala Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*

Menurut (Sudjarwo and Solikhah 2023), skala VAS diartikan sebagai berikut :



Gambar 2.3 Skala Intensitas VAS Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-2 : nyeri ringan

3-4 : nyeri sedang

5-6 : nyeri berat

7-8 : nyeri sangat berat

9-10: nyeri buruk sampai tidak tertahankan.

7. Penatalaksanaan Nyeri

- a. Terapi Farmakologis: Salah satu pendekatan dalam manajemen nyeri yang menggunakan obat-obatan adalah melalui terapi farmakologis. Terapi ini melibatkan penggunaan analgesik, termasuk golongan narkotik dan non-narkotik, yang diberikan baik secara intravena (melalui pembuluh darah) maupun intramuskular (melalui otot) (Wijayanti et al. 2024)
- b. Terapi Non-Farmakologis: Terapi non-obat yang dapat diaplikasikan oleh perawat sebagai bagian dari penanganan nyeri salah satunya adalah Pijat Kaki (*Foot Massage*). Terapi Farmakologis.

D. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) didefinisikan sebagai interval waktu yang dimulai segera setelah persalinan berakhir hingga 6 minggu (42 hari) kemudian. Selama *puerperium*, organ-organ reproduksi akan berangsur-angsur mengalami modifikasi dan kembali ke status non-gravidanya. Perubahan regresi pada organ reproduksi ini disebut involusi. (Amalia and Rahmadyanti 2023).

2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Maria 2023) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas, yaitu :

a. Uterus

Uterus adalah organ reproduksi internal yang berotot dan berongga. Bentuknya menyerupai buah alpukat pipih dengan ukuran kurang lebih seukuran telur ayam. Secara spesifik, uterus berdimensi sekitar 7–8 cm (panjang), 5–5,5 cm (lebar), dan 2,5 cm (tebal). Letak fisiologisnya disebut anteversiofleksio. Secara anatomi, uterus dibagi menjadi tiga segmen: fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.

b. Serviks

Serviks (leher rahim) juga menjalani proses involusi (penyusutan) bersamaan dengan uterus. Perubahan yang tampak pada serviks pasca persalinan (*post partum*) adalah bentuknya yang terbuka menyerupai corong. Serviks tampak merah kehitam-hitaman karena peningkatan vaskularisasi (penuh pembuluh darah). Dalam beberapa hari setelah melahirkan, *ostium externum* (pintu luar serviks) masih bisa dilewati oleh dua jari, dengan tepian yang tidak rata karena adanya robekan saat persalinan. Pada akhir minggu pertama, hanya satu jari yang dapat melaluinya, dan lingkaran retraksi mulai terlihat di bagian atas *canalis servikalis*. Meskipun involusi selesai, *ostium externum* tidak akan kembali ke bentuk aslinya karena adanya robekan di tepian, terutama di

bagian samping. Robekan ke samping inilah yang kemudian membentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami distensi yang sangat besar selama proses melahirkan dan tetap hipotonus (kendur) pada hari-hari awal. Organ-organ ini mulai meregresi menuju keadaan non-gravida dalam tiga minggu, ditandai dengan kembalinya lipatan *rugae* secara bertahap dan penonjolan *labia*. Diameter vagina akan tetap lebih besar dibandingkan keadaan sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan kegel atau latihan tonus perineum, jika dilakukan secara rutin pada akhir periode *puerperium*, dapat secara signifikan memulihkan tonus otot dan mengencangkan vagina.

d. Payudara

Setelah plasenta dilahirkan, terjadi penurunan konsentrasi estrogen dan progesteron. Kondisi ini memicu pelepasan hormon prolaktin, yang menandai dimulainya sintesis Air Susu Ibu (ASI). Pada saat yang sama, terjadi peningkatan suplai darah ke payudara, menyebabkan pembengkakan vaskular temporer. ASI yang telah diproduksi dan disimpan di dalam alveoli harus dikeluarkan secara efektif melalui isapan bayi demi keberlangsungan proses laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah

terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan kurang lebih 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- 1) Setelah melahirkan, terdapat penurunan signifikan konsentrasi progesteron, yang berbanding terbalik dengan peningkatan hormon prolaktin.
- 2) Kolostrum sudah ada sejak bayi lahir, namun produksi ASI dalam jumlah penuh baru akan terlihat pada hari ke-2 atau hari ke-3 *post partum*.
- 3) Salah satu ciri dimulainya laktasi adalah payudara menjadi membesar dan terasa padat (keras).

3. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut(Mardianingsih and Marlinawati 2024), Proses adaptasi psikologis pada masa nifas (*postpartum*) kerap kali memicu ketegangan emosional pada ibu yang baru pertama kali melahirkan, apalagi jika disertai perubahan kondisi fisik yang hebat. Selanjutnya, faktor-faktor apa saja yang berkontribusi terhadap kesuksesan masa transisi ibu menjadi orang tua di periode *postpartum* yaitu:

- a. Tanggapan serta bantuan yang diberikan oleh keluarga maupun sahabat.
- b. Keterkaitan antara proses persalinan dengan ekspektasi dan keinginan pribadi.
- c. Riwayat pengalaman sebelumnya dalam melahirkan dan mengasuh anak.
- d. Faktor budaya yang memberikan pengaruh.

Pada satu hingga dua hari setelah melahirkan, ibu biasanya berada dalam kondisi pasif dan bergantung pada orang lain. Ia cenderung mengikuti anjuran yang diberikan, merasa ragu saat harus menentukan pilihan, masih terpusat pada pemenuhan kebutuhan dirinya sendiri, dan sangat antusias menceritakan pengalaman persalinannya. Tahapan ini dijelaskan sebagai periode, Periode tersebut diuraikan oleh (Mardianingsih and Marlinawati 2024) menjadi 3 tahap, yaitu :

1) Fase *taking in*

Tahap *taking in* digambarkan sebagai fase ketergantungan yang terjadi dalam satu sampai dua hari pascapersalinan. Ibu cenderung memusatkan perhatian pada dirinya sendiri sehingga menunjukkan sikap pasif terhadap lingkungan. Ketidaknyamanan yang biasanya dialami meliputi mual, nyeri luka jahitan, kurangnya waktu tidur, dan rasa lelah. Pada fase ini, perhatian perlu diberikan pada kecukupan istirahat, kualitas komunikasi, serta nutrisi.

Gangguan psikologis yang mungkin terjadi pada fase ini adalah

- a) Munculnya kekecewaan terhadap bayinya.
- b) Rasa bersalah karena belum dapat menyusui dengan baik.
- c) Kritik dari suami atau keluarga mengenai cara merawat bayi.
- d) Ketidaknyamanan sebagai konsekuensi perubahan fisik setelah melahirkan.

2) Fase *taking hold*

Tahap *taking hold* mencakup rentang waktu 3 hingga 10 hari setelah kelahiran. Ibu pada fase ini kerap merasa takut tidak mampu dan memikul tanggung jawab besar dalam merawat bayinya. Dukungan sangat penting pada periode ini, dan hal ini menjadi kesempatan yang optimal untuk mendapatkan bimbingan tentang perawatan pribadi dan bayi, sehingga kepercayaan diri mulai tumbuh.

3) Fase *letting go*

Tahap *letting go* menggambarkan masa penerimaan terhadap peran baru sebagai seorang ibu yang berlangsung setelah sepuluh hari melahirkan. Pada fase ini, penyesuaian diri meningkat dan ibu mulai lebih mampu merawat bayi maupun dirinya. Sesekali, muncul perasaan sedih yang berkaitan dengan bayi, dan keadaan tersebut disebut *baby blues*.

E. Konsep Dasar *Foot Massage*

1. Definisi

Pijat (*Massage*) adalah teknik sentuhan dan pemijatan lembut yang dirancang untuk meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh. Melalui stimulasi permukaan kulit, teknik ini memicu perasaan nyaman dan membantu mengurangi rasa sakit. Efek analgesik ini terjadi karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa kimia alami yaitu endorfin.(Wijayanti et al. 2024).

Menurut hasil studi dari Ismiati dan Rejeki, pemberian terapi *Foot Massage* terbukti dapat mengurangi skala nyeri dan tidak menyebabkan

efek samping. Efek ini dipengaruhi oleh faktor distraksi, yaitu ketika perhatian pasien beralih dari rasa nyeri ke hal yang menimbulkan rasa nyaman dan relaksasi, sehingga persepsi nyeri menjadi berkurang.(Ismiati and Rejeki 2023). Azmazatin dan rekan-rekannya juga melaporkan hasil serupa, bahwa terapi *Foot Massage* memberikan kontribusi pada penurunan nyeri akibat insisi pasca operasi Sectio Caesarea. Respons tersebut muncul karena rangsangan pijatan mencapai otak lebih cepat daripada sinyal nyeri, sehingga membantu meningkatkan produksi serotonin dan dopamin.(Azmazatin et al. 2024)

2. Manfaat

Menurut (Ismiati and Rejeki 2023), Massage tidak hanya memperlancar aliran darah dalam tubuh, tetapi juga efektif mengurangi rasa sakit, meredakan stres, meningkatkan kesehatan dan keseimbangan organ, serta memicu produksi hormon endorfin yang membantu tubuh menjadi lebih rileks.

3. Prosedur

Berdasarkan dari (Sedana 2023) prosedur tindakan pelaksanaan *Foot Massage* yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Prosedur *Foot Massage*

Pengertian	<i>Foot Massage</i> merupakan sentuhan atau pijatan yang diberikan pada kaki secara sadar untuk mendukung peningkatan kondisi kesehatan.
Tujuan	1. Menimbulkan rasa relaksasi. 2. Membantu memperbaiki mobilitas,. 3. Dapat memperbaiki kinerja setiap organ internal, baik melalui efek langsung maupun tidak langsung. 4. Memperlancar sirkulasi darah di otot sehingga menurunkan rasa sakit dan inflamasi
Indikasi	Pasien <i>post section caesarea</i>
Kontra Indikasi	Pasien yang mengalami luka bakar hebat dan <i>fraktur</i>
Persiapan	1. Minyak kelapa,minyak zaitun atau baby oil
Alat	2. Handuk 3. Karpet pengalas
Prosedur	Fase orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri kepada pasien. 2. Menjelaskan tujuan tindakan serta langkah-langkah pelaksanaannya.

-
3. Menanyakan kesiapan pasien dan menyepakati waktu pelaksanaan tindakan.

Fase kerja

1. Mencuci tangan
2. memposisikan pasien supinasi (terlentang) dan Menganjurkan pasien untuk rileks
3. Bebaskan area kaki dari selimut atau kaos kaki
4. Privasi pasien (tutup sampiran) dan keamanan pasien
5. Melumaskan minyak esensial di kaki pasien
6. Letakkan tangan sedikit di atas tulang kering, usap secara perlahan dengan tekanan ringan menggunakan ibu jari, gerakkan ke atas dengan satu gerakan yang halus tanpa putus, lalu turunkan kembali mengikuti lekuk kaki menggunakan teknik *effleurage*.



Gambar 2.4 Teknik *Effleurage*

7. Pijat telapak dan punggung kaki dengan gerakan perlahan, mulai dari sisi dalam kaki ke arah luar, menggunakan teknik *petrissage*.
-



Gambar 2.5 Teknik *Patrissage*

8. Tangkupkan salah satu telapak tangan di punggung kaki, kemudian gosok seluruh area telapak kaki dari sisi dalam ke sisi luar menggunakan teknik *friction*/menggosok.



Gambar 2.6 gambar teknik *friction*

9. Pegang telapak kaki, lalu lakukan tepukan lembut secara bergantian pada punggung dan telapak kaki dengan kedua tangan.(teknik *tapotement*)



Gambar 2.7 Gambar Teknik *Tapotement*

10. Rilekskan kaki dan jari-jari dengan gerakan ke depan dan ke belakang, kemudian berikan getaran lembut menggunakan teknik *vibration*. Teknik ini membantu mengurangi ketegangan dan memperlancar sirkulasi darah di kaki.



Gambar 2.8 Gambar Teknik *Vebration*

Fase Terminasi

1. Evaluasi respon pasien
2. Mencuci tangan
3. Dokumentasi

F. Konsep Asuhan Keperawatan Maternitas

1. Pengkajian

Pengkajian dalam keperawatan adalah proses awal yang sistematis untuk memperoleh data dari berbagai sumber dan untuk menilai serta mengidentifikasi kondisi kesehatan klien.

a. Identitas

1) Identitas pasien

Data yang dibutuhkan mencakup nama lengkap, usia, suku/ras, status obstetri (*gravida/para*), alamat tempat tinggal, nomor kontak, agama, status pernikahan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), dan diagnosis medis pasien.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat dan hubungan dengan klien.

b. Keluhan utama

Mengenai keluhan yang pertama kali dirasakan.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Penjelasan dari permulaan pasien merasakan keluhan hingga dibawa ke Rumah Sakit hingga pengkajian. Pengkajian meliputi PQRST.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi riwayat klien pernah dirawat di rumah sakit dan pernah mengalami riwayat pembedahan

3) Riwayat kesehatan keluarga

Ada atau tidak keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti DM, penyakit jantung, hipertensi, dan sebagainya atau memiliki penyakit menular seperti B.

d. Riwayat ginekologi dan obstetri

1) Riwayat ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Umur *menarche*, frekuensi jarak atau siklus, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, dismenorea penggunaan produk sanitari.

b) Riwayat perkawinan

Nikah atau tidak, berapa lama nikah dan berapa kali nikah.

c) Riwayat keluarga berencana

Kaji pengetahuan pasien dan pasangannya mengenai kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, keluhan yang dirasakan ketika menggunakan kontrasepsi, kebutuhan kontrasepsi yang akan datang atau rencana Penambahan anggota keluarga.

2) Riwayat obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Tanggal terminasi, tempat lahir, usia gestasi, bentuk persalinan, masalah obstetri, jalannya persalinan yang lalu.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Keluhan selama hamil, usia kehamilan, imunisasi TT, gerakan anak yang pertama dirasakan oleh pasien, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan oleh pasien hasil pemeriksaan kehamilannya.

c) Riwayat persalinan dahulu

Persalianan yang beberapa, jenis persalinan, jumlah anak, jenis kelamin anak, dan masalah yang terjadi dan keadaan anak.

d) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, persalinan yang beberapa, lamanya persalinan, banyaknya pendarahan, jenis kelamin anak, dan berat badan anak.

e) Riwayat nifas dahulu Keluhan atau masalah yang dialami pasien pada nifas sebelumnya.

f) Riwayat nifas sekarang

Adanya pendarahan, jumlah pendarahan, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras, dan tinggi fundus setinggi pusar.

2. Pengkajian Pola Fungsional

Pengkajian pola fungsional menurut virginia henderson, sebagai berikut:

- a. Kebutuhan bernafas dengan normal
- b. Kebutuhan nutrisi adekuat
- c. Kebutuhan eliminasi

- d. Kebutuhan keseimbangan dan gerak
- e. Kebutuhan istirahat dan tidur
- f. Kebutuhan mempertahankan temperatur tubuh
- g. Kebutuhan personal hygiene
- h. Kebutuhan berkomunikasi
- i. Kebutuhan Spiritual
- j. Kebutuhan berpakaian dan memilih pakaian
- k. Kebutuhan rasa aman dan nyaman
- l. Kebutuhan bekerja
- m. Kebutuhan rekreasi
- n. Kebutuhan belajar

3. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik ibu:

1) Keadaan umum

Meliputi tingkat kesadaran, penampilan, berat badan, tinggi badan, pada pasien *post section caesarea* biasanya kesadaran composmentis, penampilan tampak baik dan sedikit pucat

2) Tanda-tanda vital

Kaji mengenai tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu ibu. Pada tanda-tanda vital biasanya ada kenaikan pada suhu mencapai 36-37°C, dengan frekuensi nadi 65-80 kali/menit pada hari pertama dan akan kembali normal pada hari ketiga.

3) Antropometri

Meliputi tinggi badan dan berat badan sebelum hamil, berat badan sesudah hamil dan berat badan setelah melahirkan.

4) Pemeriksaan fisik terhadap ibu

- a) Kepala: Meliputi bentuk, keadaan rambut, adanya nyeri tekan dan lesi,
- b) Wajah: Penampilan, ekspresi, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi.
- c) Mata: Keadaan konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya, gangguan pada sistem penglihatan dan fungsi penglihatan.
- d) Telinga: Kesimetrisan, kebersihan, terdapat serumen atau tidak dan fungsi pendengaran.
- e) Mulut: Warna bibir, keadaan gigi dan pembesaran tonsil
- f) Hidung: Kebersihan, bentuk, pernafasan cuping hidung dan fungsi penciuman.
- g) Leher: Pembesaran kelenjar thyroid ada atau tidak, nyeri saat menelan dan peningkatan vena jugularis ada atau tidak.
- h) Dada: Terdiri dari paru-paru, jantung dan payudara. Setelah melahirkan 24 jam pertama terdapat perubahan pada payudara seperti kolostrum, cairan kuning jernih keluar dari payudara, payudara terasa hangat, keras dan agak nyeri.
- i) Abdomen: Pada hari pertama tinggi fundus uteri sekitar jari di bawah pusat, perhatikan adanya linea nigra masih terlihat,

serta ada tidaknya hematoma dan infeksi sekitar luka insisi *section caesarea*.

- j) Punggung dan bokong Bentuk, ada tidaknya lesi dan ada tidaknya kelainan ulang belakang.
- k) Genetalia:Kebersihan, da tidaknya dema pada vulva., jumlah pengeluaran lochea rubra pada hari pertama hingga hari ketiga dan bau amin atau tidak.
- l) Anus:Umum ditemui hemoroid (varises anus). Hemoroid interna dapat terbuka saat ibu mengejan saat persalinan.
- m) Ekstermitas:Terdapat sistem musculokeletal ibu yang terjadi saat hamil dan akan kembali saat nifas.

b. Pemeriksaan fisik bayi

1) Keadaan umum

Meliputi tampilan dan kesadaran bayi yang dilaksanakan dengan pemeriksaan APGAR score.

2) Antropometri

Meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingk kepala,lingkar dada dan lingk lengan atas.

c. Pemeriksaan penunjang

1) Pemantauan kesehatan janin

2) Pemantauan EKG 47

3) Pemeriksaan hemoglobin, hematocrit dan elektrolit

4) Golongan darah

5) Urianisis

6) Utrasonografi

4. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa yang sering muncul pada *post section caesarea* yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi (D.0142)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)
- e. Ansietas berhubungan dengan krisituasional (D.0080)
- f. Pencapaian peran menjadi orangtua (D.0126)
- g. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi(D.0111)
- h. Resiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya)(D.0012)

5. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan penyusunannya diawali dengan melakukan pembuatan tujuan dari asuhan keperawatan. Tujuan tersebut dibuat dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Didalam perencanaan juga terdapat kriteria kriteria hasil (Maria 2023)

a. Nyeri Akut (D.0077)

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,
- 2) kualitas, intensitas nyeri.
- 3) Identifikasi skala nyeri
- 4) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 5) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 6) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 8) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 9) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 10) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat (*foot massage*), aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitaasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian anagetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Dukungan ambulasi (I.06171)

Observasi:

- 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.

Terapeutik:

- 1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat,kruk)
- 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu,

- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi:

- 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).

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Pencegahan infeksi (I.14539)

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik:

- 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

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

d. Gangguan pola tidur (D.0055)

Dukungan tidur (109265)

Observasi:

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi,minuman bersoda,alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik:

- 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras,dan tempat tidur)
- 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi:

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
 - 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
 - 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya)
- e. Ansietas (D.0080)

Reduksi Ansietas (1.093 14)

Observasi:

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu,
- 2) stressor)
- 3) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 4) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik:

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi:

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

f. Pencapaian peran menjadi orangtua (D.0126)

Promosi Pengasuhan(I.13495)

Obsevasi

- 1) Identifikasi keluarga risiko tinggi dalam program tindak lanjut.
- 2) Monitor status kesehatan anak dan status imunisasi anak.

Terapeutik

- 1) Dukung ibu menerima dan melakukan perawatan pre natal secara teratur dan sedini mungkin.
- 2) Lakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko.
- 3) Fasilitasi orang tua dalam memiliki harapan yang realistis sesuai tingkat kemampuan dan perkembangan anak.
- 4) Fasilitasi orang tua dalam menerima transisi peran.
- 5) Berikan bimbingan antisipasi yang diperlukan sesuai dengan tahapan usia perkembangan anak.
- 6) Fasilitasi orang tua dalam mengidentifikasi temperamen unik bayi.
- 7) Tingkatkan interaksi orang tua-anak dan berikan contoh.
- 8) Fasilitasi orang tua dalam mendapatkan dukungan, dan berpartisipasi dalam parent group programs.
- 9) Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial.
- 10) Sediakan media untuk mengembangkan keterampilan pengasuhan.
- 11) Fasilitasi orang tua mengembangkan keterampilan sosial dan koping.
- 12) Fasilitasi mengatur penitipan anak, jika perlu.
- 13) Fasilitasi penggunaan kontrasepsi.

Edukasi

- 1) Ajarkan orang tua untuk menanggapi isyarat bayi.

g. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi(D.0111)

Edukasi Kesehatan(I.12383)

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Terapeutik

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya.

Edukasi

- 1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

h. Resiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan (ketuban pecah sebelum waktunya)(D.0012)

Pencegahan Perdarahan(I.02067)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

- 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik

Terapeutik

- 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu
- 3) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- 4) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki ambulans
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan untuk menghindari konstipasi
- 4) Anjurkan menggunakan aspirin atau antikoagulan
- 5) Anjurkan segera melaporkan jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian produk darah jika perlu

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan yang telah direncanakan dalam rencana keperawatan, meliputi tindakan yang dilakukan secara mandiri maupun secara kolaboratif. (Wahyuni and Anisa 2020). Implementasi keperawatan melibatkan serangkaian kegiatan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan menuju status kesehatan yang baik sesuai kriteria hasil yang diinginkan. Proses ini

harus fokus pada kebutuhan pasien, faktor-faktor yang memengaruhi perawatan, strategi implementasi, serta komunikasi selama pelaksanaan.(Setiani, Setyawati, and Sebayang 2024)

7. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah proses membandingkan kondisi kesehatan klien secara terstruktur dengan tujuan yang telah direncanakan. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tim kesehatan untuk menilai kemampuan klien mencapai target hasil yang telah ditetapkan sebelumnya.(Maria 2023)

G. METODOLOGI

1. Jenis, Rancangan Penelitian dan Pendekatan

Jenis penelitian yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Metode ini bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif, sistematis, dan akurat.

Dalam penelitian ini, peneliti memusatkan perhatian pada satu unit kasus secara mendalam, yaitu penerapan asuhan keperawatan dan terapi *foot massage* pada pasien *post sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) untuk mengatasi masalah nyeri akut (Siska et al. 2023).

2. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini yaitu Pasien *post section caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini yang tengah mengalami nyeri akut.

3. Waktu dan Tempat

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi selama 2 hari minimal perawatan dengan waktu yang belum ditentukan.

4. Fokus Studi

Karya Tulis Ilmiah ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan maternitas dengan fokus intervensi *Foot Massage* dalam menurunkan tingkat nyeri pada *post section caesarea*. Instrument Pengumpulan Data.

5. Instrument penelitian

Intrusment penelitian ini berupa kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formular-formulir lainnya yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya. Apabila data yang dikumpulkan ini adalah berupa data yang menyangkut pemeriksaan fisik maka instrument penelitian ini dapat berupa stetoskop, tensi meter, timbangan, meteran atau skala nyeri. Seluruh instrument yang digunakan dalam pengumpulan data di sesuaikan dengan rencana atau konsep penelitian yang akan dilakukan dalam penelitian

6. Metode Pengumpulan Data

Menurut (Azmazatin et al. 2024) pengambilan data dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan metode sebagai berikut: Wawancara, merupakan kegiatan menanyai secara langsung kepada responden yang akan diteliti dengan instrument yang dapat digunakan berupa pedoman wawancara, checklist, atau daftar periksa.

7. Observasi

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

8. Studi dokumen

Studi Dokumen atau teks merupakan 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 dan data yang didapatkan dari catatan, buku, laporan pemerintah.

9. Etika Penelitian

Etika penelitian yang digunakan untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian penelitian. Menurut (Azmazatin et al. 2024) dalam etika penelitian sebagai berikut:

- a. *Informed consent*, bentuk persetujuan responden agar mengetahui maksud dan tujuan penelitian
- b. *Anonymity*, bentuk untuk menjaga kerahasiaan responden dengan tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama, alamat tetapi cukup memberikan inisial yang menunjukkan identitas responden tersebut.
- c. *Confidentially*, usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan responden dengan menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password dan data bentuk laporan asuhan keperawatan.