

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Teori *Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan prosedur bedah melalui sayatan di perut (laparotomi) dan rahim (histerotomi). Intervensi SC umumnya dilakukan ketika persalinan normal memiliki efek yang lebih besar bagi ibu atau janin. Persalinan SC diakui sebagai prosedur bedah yang paling umum dan aman di Amerika Serikat. Namun, sebagai operasi besar, persalinan *Sectio Caesarea* (SC) memiliki risiko, termasuk infeksi, perdarahan, dan masa pemulihan yang lebih lama daripada persalinan normal. Terlepas dari potensi risiko ini, persalinan SC tetap merupakan intervensi yang menyelamatkan jiwa dalam kondisi medis tertentu (Julianthi dkk, 2021).

Operasi *Sectio Caesarea* (SC) merupakan prosedur pengeluaran janin yang dilakukan melalui sayatan di rahim melalui dinding abdomen anterior. Operasi SC bertujuan untuk mencegah kematian ibu atau janin, yang berpotensi menimbulkan risiko atau komplikasi jika persalinan pervaginam dilakukan. Secara umum, operasi SC dipilih ketika persalinan spontan tidak berhasil karena indikasi tertentu. Operasi SC merupakan pilihan bagi tenaga kesehatan untuk melindungi ibu serta janin dari berbagai komplikasi obstetrik (Pratiwi & Ariningtyas, 2023).

2. Etiologi *Sectio Caesarea* (SC)

a. Indikasi Ibu (Mutlak)

Indikasi persalinan dengan intervensi khusus dapat ditimbulkan oleh faktor maternal maupun fetal. Hal ini meliputi kasus kehamilan pertama dengan kelainan posisi janin berupa *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau ketidaksesuaian besar kepala janin dan panggul ibu, riwayat persalinan lalu yang mengalami komplikasi berat, serta gangguan keracunan sistemik selama masa persalinan. Penyulit tambahan dapat bersumber dari gangguan kehamilan seperti preeklamsia berat dan eklamsia, indikasi atas permintaan pasien secara langsung, kehamilan dengan kondisi medis khusus, hingga adanya hambatan fisik pada jalur lahir akibat massa benigna seperti mioma uteri atau kista ovarium (Wathina et al., 2023).

b. Indikasi Bayi

Fetal distress, yang juga dikenal sebagai kondisi darurat pada janin, masalah posisi atau kedudukan janin, janin dengan ukuran sangat besar (*giant baby*), posisi janin yang abnormal seperti letak lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan yang sempit seperti prolapsus tali pusat, tali pusat yang terlilit, kegagalan dalam proses penarikan, serta kelahiran bayi kembar atau kehamilan *multiple* (Wathina et al., 2023).

3. Patofisiologi *Sectio Caesarea* (SC)

Persalinan secara *Sectio Caesarea* (SC) adalah metode pengeluaran janin melalui prosedur sayatan pada perut dan rahim, dengan persyaratan bahwa rahim dalam kondisi normal atau berat janin minimal 500 gram. Faktor-faktor yang mendorong perlunya persalinan SC tidak hanya terkait kondisi ibu, tetapi juga dapat disebabkan oleh panggul yang sempit secara absolut, ketidakmungkinan persalinan normal akibat kurangnya stimulasi yang memadai, serta adanya benjolan di jalan lahir yang menimbulkan hambatan atau obstruksi. Beberapa indikasi tambahan yang mengharuskan tindakan SC berasal dari kondisi janin, seperti posisi janin yang tidak normal, ruang vagina yang tidak mencukupi, plasenta previa, ketidakcocokan ukuran antara kepala janin dan panggul (*disproporsi sefalopelvik*), *ruptur uteri*, kondisi darurat pada janin, pembengkakan plasenta, serta hipoksia janin, contohnya akibat pre eklamsia (Pratiwi & Ariningtyas, 2023).

Prosedur pembedahan ini dapat menimbulkan kerusakan pada jaringan dan inkontinensia jaringan karena sayatan di abdomen dan rahim. Sayatan ini berpotensi menyebabkan komplikasi seperti kerusakan saraf dan pembuluh darah di area bekas luka. Selain itu, tindakan operasi tersebut dapat memicu produksi histamin dan prostaglandin, yang pada akhirnya menghasilkan nyeri yang nyata di daerah insisi. Apabila nyeri tersebut muncul, hal ini dapat menyebabkan masalah keperawatan baru, seperti kesulitan dalam mobilitas fisik (Pratiwi & Ariningtyas, 2023).

4. Indikasi *Sectio Caesarea* (SC)

a. *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Disproporsi kepala panggul atau CPD merupakan masalah yang terjadi saat kepala atau tubuh bayi terlalu besar sehingga sulit masuk melalui panggul ibu, atau panggul ibu terlalu sempit. Kondisi ini bisa menghambat proses melahirkan, sehingga ibu yang mengalami CPD mungkin kesulitan melahirkan secara normal (Sulistiyan, 2023).

b. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) diartikan sebagai keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum dimulainya proses persalinan, tepatnya saat pembukaan serviks masih berada pada fase laten atau kurang dari 4 cm. Kondisi ini mungkin terjadi pada kehamilan akhir atau jauh sebelum tanggal persalinan yang diharapkan. KPD prematur mengacu pada KPD yang ada pada usia kandungan kurang dari 37 minggu. Kematian bayi baru lahir dapat disebabkan oleh KPD, dengan masalah seperti sepsis, asfiksia, dan hipoplasia paru. Kasus ini membutuhkan tindakan yang tepat, termasuk pemberian antibiotik dan pertimbangan terminasi kehamilan (Wathina dkk., 2023).

c. Pre Eklamsia Berat (PEB)

Preeklamsia merupakan sindrom khusus kehamilan yang muncul diatas kehamilan 20 minggu, ditandai dengan menurunnya

perfusi organ. Kondisi ini merupakan kelainan khusus kehamilan yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklamsia mencakup serangkaian gejala yang terjadi pada wanita hamil, selama persalinan, dan pada periode *postpartum*, termasuk trias hipertensi, proteinuria, dan edema. Pada kasus Pre Eklamsia Berat (PEB), sebagian besar persalinan dilakukan dengan operasi SC darurat. Pre Eklamsia Berat (PEB) adalah indikasi persalinan yang berisiko tinggi terhadap keselamatan ibu serta janin. Oleh sebab itu, wanita hamil yang didiagnosis dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) harus menjalani operasi *Seccio Caesarea* segera untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi, dan memerlukan pemantauan intensif selama dan setelah prosedur pembedahan (Wathina dkk., 2023).

d. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Hambatan faktor janin menurut (Wathina et al., 2023) adalah sebagai berikut:

1) Gawat janin

Distres janin atau gawat janin adalah kondisi yang muncul akibat kekurangan pasokan oksigen dan nutrisi di dalam rahim. Kondisi gawat janin tidak boleh diabaikan, karena memerlukan intervensi medis segera dari tim tenaga kesehatan profesional.

2) Malpretasi

Adalah suatu kondisi di mana komponen anatomi pertama janin yang memasuki pintu atas panggul bukanlah bagian puncak kepala.

3) Kegagalan persalinan vakum (*forceps ekstrasi*)

Ekstraksi vakum adalah tindakan yang digunakan guna mendukung proses melahirkan fisiologis. Jika prosedur ini gagal, operasi *Sectio Caesarea* (SC) perlu dipertimbangkan.

5. Komplikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Ibu yang melahirkan dengan operasi SC menunjukkan risiko yang lebih tinggi untuk mengalami masalah dibandingkan dengan ibu dengan persalinan secara vaginal. Masalah potensial tersebut mencakup infeksi puerperal, perdarahan yang disebabkan oleh pemutusan dan pembukaan pembuluh darah yang berlebihan, serta kemungkinan *ruptur uteri* spontan pada kehamilan selanjutnya. Selain itu, operasi SC akan meninggalkan bekas luka insisi. Akibat dari insisi tersebut dapat mengakibatkan pemutusan jaringan tubuh serta pembentukan luka pada individu yang menjalani prosedur tersebut (Mamuroh et al., 2024).

Komplikasi serius umumnya muncul setelah tindakan SC selesai, seperti perdarahan yang disebabkan oleh kegagalan kontraksi uteri, pelebaran dinding uterus, serta kesulitan dalam mengeluarkan plasenta. Sementara itu, komplikasi ringan yang sering terjadi adalah peningkatan suhu tubuh selama beberapa hari pascapersalinan (Mamuroh et al., 2024).

Komplikasi operasi *Sectio Caesarea* bagi ibu mencakup peningkatan perdarahan, infeksi, periode penyembuhan yang lebih panjang, serta pembentukan trombosis. Sementara itu, komplikasi operasi *Sectio Caesarea* bagi bayi dapat mencakup *distress* apabila prosedur berlangsung dalam durasi yang berkepanjangan, yang berujung pada ketidakmampuan bayi untuk menangis atau keterlambatan dalam menangis, serta hal tersebut berpotensi memicu kelainan hemodinamika (Mamuroh et al., 2024).

6. Penatalaksanaan Medis *Sectio Caesarea* (SC)

Penatalaksanaan medis *Post Sectio Caesarea* (SC) menurut (Wathina et al., 2023) yaitu:

a. Pemberian Cairan

Selama 24 jam pertama pascaoperasi, pasien umumnya menjalani fase puasa. Kebutuhan cairan dan elektrolit dipenuhi melalui jalur intravena (infus) guna mencegah terjadinya hipotermia drastis, dehidrasi, serta komplikasi lanjutan pada organ tubuh lainnya. Jenis cairan yang umum ditransfusikan meliputi Dextrose 10%, Salin Fisiologis (NaCl 0,9%), dan RL yang diberikan secara bergantian dengan kecepatan tertentu sesuai indikasi medis pasien. Selain itu, jika kadar hemoglobin (Hb) pasien berada di bawah rentang normal, koreksi melalui transfusi darah disarankan sesuai kebutuhan klinis.

b. Diet

Dengan cairan infus, cairan yang dialirkan pada pasien akan dimatikan setelah kentut (flatulensi) keluar, kemudian akan diberikan makanan dan minuman secara oral. Setelah pasien kentut (flatulensi), cairan infus akan dihentikan dan nutrisi oral akan dimulai. Cairan dalam jumlah kecil dapat diberikan 6-10 Jam setelah operasi, termasuk air mineral atau teh. Cairan dalam jumlah terbatas dapat diberikan 6-10 Jam setelah operasi, dengan pilihan air mineral atau teh.

c. Mobilisasi

Disarankan agar ibu memulai aktivitas secara bertahap. Misalnya, dalam 6-10 Jam pasca operasi, disarankan agar mengubah posisi ke sisi kanan dan kiri. Selanjutnya, latihan pernapasan dilakukan dalam posisi terlentang sesegera mungkin setelah bangun tidur. Pada hari kedua pascaoperasi, ibu juga disarankan agar duduk selama 5 menit, dengan perawat menginstruksikan mereka agar menarik napas dalam-dalam. Kemudian, posisi tidur diubah dari posisi terlentang menjadi posisi semifowler.

d. Kateterisasi

Kateterisasi dilakukan sebagai metode untuk mengurangi ketidaknyamanan yang timbul akibat penuhnya kandung kemih.

e. Terapi Atau Obat-Obatan

1) Antibiotik

2) Analgetik

Kategori farmakoterapi yang dapat berfungsi sebagai pendorong aktivitas saluran pencernaan serta preparat medis.

B. Konsep Teori Indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

1. Pengertian *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) merupakan ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan ukuran panggul ibu. Hal ini terjadi ketika ukuran panggul ibu tidak cukup besar untuk memungkinkan bayi lahir secara normal melalui vagina, yang bisa mengakibatkan kesulitan saat proses kelahiran. *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) merupakan gambaran ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi serta ukuran pelvis yang tidak mampu mengakomodasi bayi hingga lahir secara pervagina (Sulistiyani, 2023).

Pada kasus CPD, persalinan pervaginam tidak memungkinkan karena ukuran panggul yang terbatas dengan janin yang melebihi ukuran normal. Jika dipaksakan, hal ini dapat menyebabkan berbagai masalah berlanjut bagi ibu dan janin. Sebagian besar perempuan yang melahirkan dengan diagnosis *Disproporsi Sefalopelvik* (CPD) yang menjalani Operasi *Sectio Caesarea* (SC) dirujuk dari praktik mandiri dan puskesmas, yang mengalami persalinan dengan komplikasi (Wathina dkk., 2023).

2. Etiologi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya CPD bersumber dari kondisi ibu dan bayi. Dari sisi ibu, faktor penyebabnya diantaranya tinggi

badan kurang dari 145 cm dan ukuran panggul, baik eksternal maupun internal, yang di bawah normal sehingga menyulitkan janin untuk melewatinya. Sementara itu, faktor dari bayi antara lain janin yang besar. Perempuan dengan tinggi badan tidak lebih dari 145 cm memiliki risiko lebih tinggi mengalami panggul sempit. Namun, jika tinggi badan tidak lebih dari 145 cm dan ukuran kepala serta tubuh janin kecil, seperti pada kasus kelahiran prematur di usia kehamilan sekitar 6–7 bulan, persalinan pervaginam masih memungkinkan. Sebaliknya, meskipun tinggi badan melebihi 145 cm, kondisi tertentu tetap dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan pervaginam (Erick Caesarrani Asmara dkk., 2023).

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) cenderung lebih umum terjadi pada ibu hamil dengan tinggi badan kurang 145 cm atau yang bertubuh pendek. Kondisi ini umumnya berkaitan dengan perbedaan proporsi dan ukuran tulang, terutama proporsi, dimensi, dan morfologi panggul. Ibu bertubuh pendek biasanya memiliki struktur tulang panggul yang relatif sempit, yang dapat menyebabkan risiko komplikasi selama persalinan pervaginam (Erick Caesarrani Asmara dkk., 2023).

Menurut (Erick Caesarrani Asmara et al., 2023) ada beberapa penyebab kelainan panggul, yaitu:

- a. Kelainan Panggul Akibat Gangguan Pertumbuhan
 - 1) Panggul yang secara keseluruhan sempit, dengan semua dimensi yang berkurang.

- 2) Panggul yang berbentuk picak, dengan dimensi posterior yang sempit dan dimensi transversal yang normal.
 - 3) Panggul yang sempit dan picak, dengan semua dimensi yang berkurang namun dimensi posterior yang lebih sempit.
 - 4) Panggul yang berbentuk corong, dengan pintu atas panggul yang normal dan pintu bawah panggul yang sempit.
 - 5) Panggul yang terbelah, dengan simfisis yang terbuka.
- b. Kelainan Panggul Akibat Penyakit Tulang Panggul
- 1) Panggul rachitis: Jenis panggul yang memiliki karakteristik picak (gepeng), sempit, atau gabungan dari sifat picak dan sempit pada seluruh dimensinya.
 - 2) Panggul osteomalasia: Kelainan anatomis berupa penyempitan panggul khusus pada sumbu transversal.
 - 3) Radang sendi sakroiliaka: Kondisi peradangan pada persendian sakroiliak yang memicu kelainan panggul berupa penyempitan dan posisi yang miring.
- c. Kelainan Panggul Akibat Kelainan Tulang Belakang
- 1) Kifosis pada regio lumbal yang menyebabkan panggul berbentuk corong.
 - 2) Skoliosis pada regio torakal yang menyebabkan panggul sempit dan miring.

3. Pemeriksaan Penunjang *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Menurut (Jaufuraully et al., 2022) pemeriksaan untuk *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) meliputi:

a. Palpasi abdominal

Pemeriksaan dilakukan ketika kepala janin masih dapat didorong ke panggul, yang menunjukkan tidak ada disproporsi atau posisi presentasi kepala yang abnormal. Jika kepala bayi belum dapat masuk ke panggul, pemeriksaan lebih lanjut diperlukan.

b. Pemeriksaan vaginal dan *abdominopelvic*

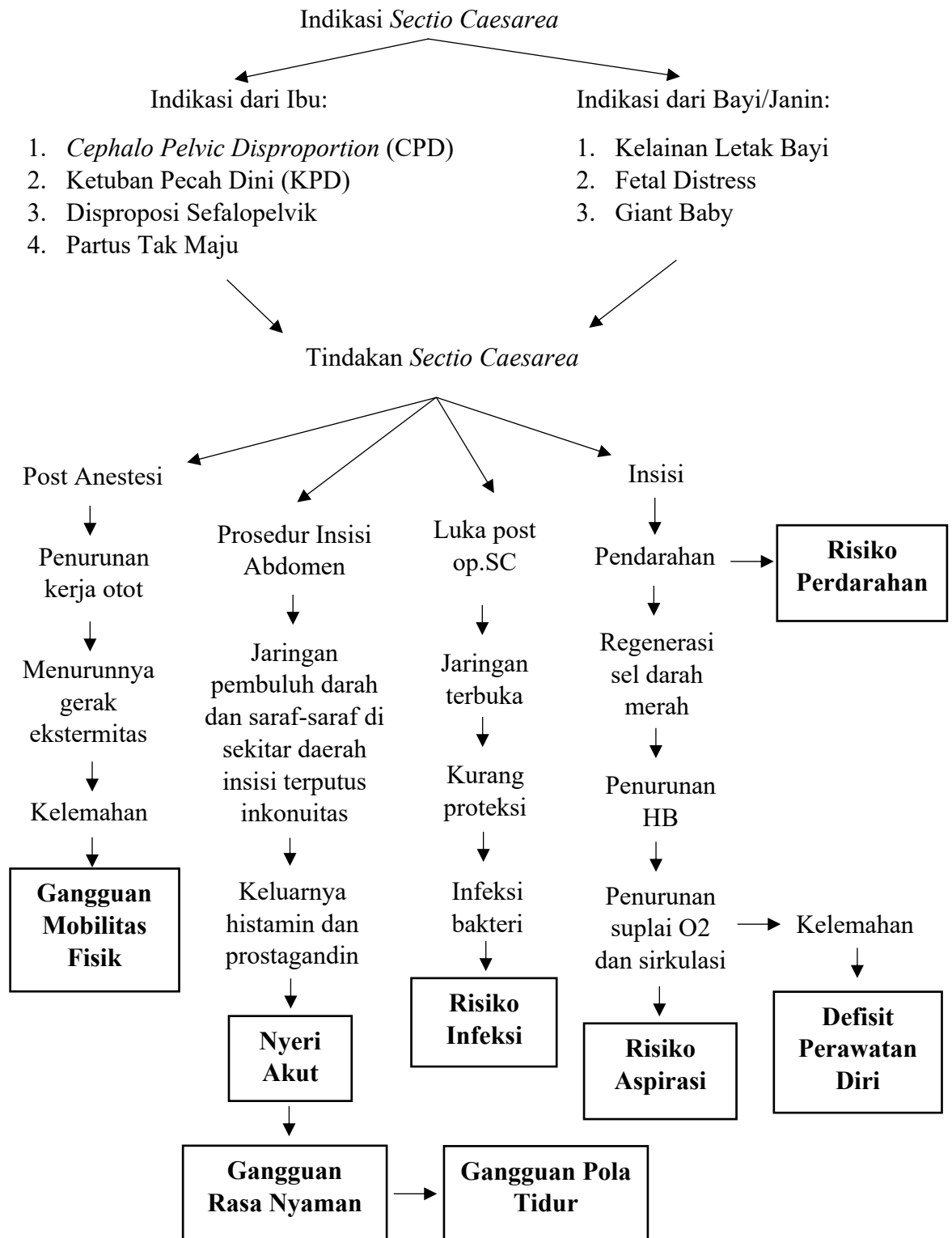
Posisi pemeriksaan dilakukan di atas simfisis pubis serta fundus uteri, di mana fundus didorong untuk mengamati seberapa jauh bagian presentasi telah bergeser.

c. Partus percobaan

Tindakan ini pasien diberi kesempatan agar menjalani proses kelahiran alami tanpa intervensi.

d. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Dalam tindakan ini dislokasi sefalopelvik yang digunakan untuk metode pencitraan janin, tujuan utamanya adalah guna menilai keberadaan distosia jaringan lunak dan menilai kapasitas panggul serta dimensi kepala.

Gambar 2. 1 Pathway**Pathways**

Sumber: (Sofyan dkk., 2022) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

C. Konsep Teori Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang bersifat tidak menyenangkan, yang timbul akibat kerusakan jaringan, baik yang bersifat aktual maupun potensial, atau yang direpresentasikan melalui kerusakan tersebut. Nyeri merupakan fenomena sensorik multidimensi. Intensitasnya dapat bervariasi dari ringan hingga berat, sementara kualitasnya meliputi sensasi tumpul, terbakar, atau tajam. Durasi nyeri dapat bersifat sementara, intermiten, atau persisten, dengan distribusi yang superfisial atau dalam, serta terlokalisasi atau difus. Mekanisme nyeri melibatkan beberapa proses simultan, termasuk nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotipik, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan fungsi inhibitorik. Antara stimulus yang berasal dari kerusakan jaringan dan pengalaman subjektif nyeri, terdapat empat tahap utama: transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Amalia dkk., 2024).

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang tidak dapat dipindahtangankan, yang muncul akibat rangsangan mekanis, kimia, atau listrik tertentu pada ujung saraf. Nyeri merupakan faktor penting dalam kesejahteraan fisik seseorang. Nyeri setelah operasi caesar biasanya berlangsung selama beberapa hari, dengan intensitas yang meningkat pada hari pertama setelah operasi (Zuleikha et al., 2022).

Komplikasi pascaoperasi *Sectio Caesarea* (SC) umumnya berupa perdarahan dan nyeri. Komplikasi yang dapat terjadi pascaoperasi SC antara lain infeksi nifas, perdarahan, cedera kandung kemih, dan *ruptur uteri*. Akibat prosedur ini, pasien sering mengalami nyeri pada area luka operasi. Nyeri ini merupakan pengalaman sensorik serta emosional tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik yang aktual maupun potensial. Nyeri didefinisikan sebagai sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat subjektif, karena intensitas dan persepsi nyeri bervariasi pada setiap orang; hanya pasien yang dapat menggambarkan dan menilai tingkat keparahan nyerinya. Sebagai pengalaman yang sangat individual, nyeri juga berfungsi sebagai mekanisme pertahanan diri yang menandakan adanya gangguan atau cedera. Nyeri yang tidak diatasi dengan baik bisa berdampak negatif secara fisiologis serta psikologis sehingga menghambat proses penyembuhan. Penanganan nyeri dapat dilakukan melalui pendekatan nonfarmakologis (Tri dkk., 2019).

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri Akut

Ini merupakan suatu pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual atau fungsional, dengan permulaan yang mendadak atau bertahap, intensitas yang berkisar dari ringan hingga berat, serta durasi kurang dari tiga bulan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

b. Nyeri Kronis

Merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang dikaitkan dengan kerusakan pada jaringan atau fungsi, yang dapat muncul secara mendadak atau secara bertahap, memiliki intensitas yang konsisten, berkisar dari tingkat ringan hingga parah, serta berlangsung selama lebih dari tiga bulan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

3. Mekanisme Nyeri

a. Transduksi

Proses rangsangan nyeri diubah menjadi aktivitas listrik di ujung saraf (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023) .

b. Transmisi

Proses ini adalah penyaluran impuls yang terjadi melalui saraf sensorik setelah proses transduksi terjadi (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

c. Modulasi

Interaksi antara sistem analgesik endogen dan impuls nyeri yang masuk ke dalam kornu posterior medula spinalis melibatkan berbagai mekanisme neurokimia. Sistem analgesik endogen terdiri dari enkefalin, endorfin, serotonin, serta noradrenalin, yang berperan dalam menekan impuls nyeri di kornu posterior medula spinalis. Dengan demikian, kornu posterior dapat dianggap sebagai gerbang

nyeri yang berfungsi untuk membuka atau menutup jalur transmisi impuls nyeri (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

d. Persepsi

Proses interaksi kompleks yang unik, dimulai dari tahap transduksi, transmisi, hingga modulasi, akhirnya memberikan pengalaman subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri (Zumrotun Nisak & Andriani Kusumastuti, 2023).

4. Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

a. Faktor Fisiologi

1) Usia

Usia memengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri, karena anak-anak dan lansia merasakan nyeri lebih intens daripada dewasa muda. Hal ini disebabkan oleh kesulitan anak-anak dalam mengungkapkan nyeri secara verbal, sementara pada lansia, pengalaman nyeri lebih kompleks (Juwartini et al., 2025).

2) Jenis kelamin

Umumnya perbedaan gender tidak menunjukkan signifikansi dalam respons terhadap rasa sakit (Juwartini et al., 2025).

3) Kelelahan

Orang yang mengalami kelelahan cenderung berfokus pada sensasi nyeri yang dirasakannya (Juwartini et al., 2025).

b. Faktor Sosial

1) Perhatian

Seseorang yang berfokus pada nyeri akan mengalami perubahan persepsi. Konsep ini merupakan aspek penting yang dapat diamati perawat dalam berbagai bentuk nyeri yang dirasakan Klien, sehingga memungkinkan mereka memberikan intervensi yang tepat (Wathina et al., 2023).

2) Pengalaman nyeri

Pengalaman nyeri seseorang sebelumnya secara signifikan memengaruhi persepsi dan sensitivitasnya terhadap nyeri. Jika Klien pernah merasakan nyeri tanpa penanganan yang memadai, nyeri yang dialami saat ini cenderung dianggap menakutkan. Sebaliknya, jika perasaan nyeri sebelumnya diterima melalui mekanisme koping yang efektif, individu tersebut akan lebih siap menghadapi kejadian nyeri di masa mendatang (Wathina et al., 2023).

3) Jenis pekerjaan

Orang-orang yang pekerjaannya melibatkan fisik cenderung mengalami ketegangan otot dan menunjukkan penurunan kepekaan terhadap intensitas rasa sakit yang dialaminya, sedangkan pekerjaan yang melibatkan non-fisik cenderung meningkatkan kepekaan terhadap rasa sakit yang dialaminya (Wathina et al., 2023).

c. Faktor Spiritual

Spiritualitas mendorong individu untuk mencari makna atau interpretasi dari rasa sakit yang mereka alami, seperti alasan rasa sakit tersebut, tindakan apa yang telah mereka ambil sejauh ini, dan aspek-aspek lainnya (Wathina et al., 2023).

d. Faktor Psikologis

1) Kecemasan

Kecemasan berpotensi memperparah persepsi seseorang terhadap rasa sakit. Sebaliknya, individu yang percaya pada kemampuan mereka untuk mengendalikan rasa sakit cenderung mengalami penurunan rasa takut serta kecemasan, yang pada gilirannya menurunkan intensitas persepsi rasa sakit (Pratiwi, 2023).

2) Koping

Kemampuan seseorang untuk mengelola persepsi nyeri dipengaruhi oleh mekanisme kopingnya. Individu yang mengelola nyeri melalui lokus kendali internal percaya bahwa mereka memiliki kapasitas untuk menangani nyeri secara efektif (Pratiwi, 2023).

5. Pengukuran Tingkat Nyeri

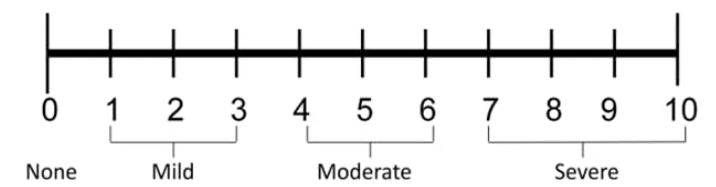
Mengukur intensitas nyeri merupakan proses yang sangat subjektif. Tingkat nyeri dapat dinilai hanya dengan memngarahkan pasien untuk menggambarkan sensasi nyeri menggunakan istilah mereka sendiri, seperti

tumpul, berdenyut, atau terbakar. Pengukuran ini dapat diperkuat dengan penggunaan instrumen yang lebih terstandarisasi dan formal untuk mendapatkan hasil yang lebih objektif.

a. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Merupakan alat ukur yang terdiri dari garis horizontal yang dipisah menjadi sepuluh segmen yang sama besar, diberi nomor 0 hingga 10. Klien diinformasikan bahwa 0 menunjukkan "tidak ada nyeri sedikitpun" sementara 10 menunjukkan "tingkat nyeri tertinggi". Klien kemudian diarahkan guna menandai angka yang menurut mereka paling akurat menggambarkan intensitas nyeri yang mereka alami saat itu.

Gambar 2. 2 Numerical Rating Scale (NRS)



Kriteria penilaian nyeri dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Nilai 0 menunjukkan tidak adanya rasa nyeri.
- 2) Nilai 1-3 menggambarkan nyeri ringan, di mana secara objektif pasien masih mampu berkomunikasi dengan baik.
- 3) Nilai 4-6 menunjukkan nyeri sedang, yang secara objektif ditandai dengan pasien yang mendesis dan menyeringai sambil menunjukkan lokasi nyeri.

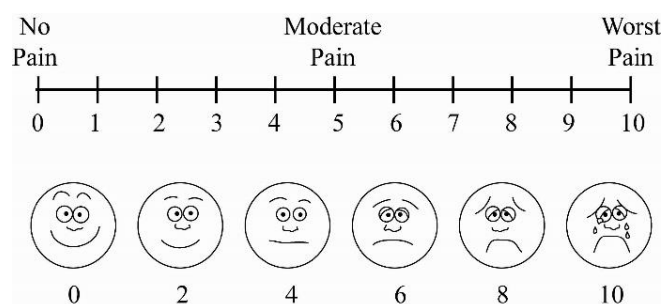
- 4) Nilai 7-9 mengindikasikan nyeri berat, di mana pasien tidak mampu mengikuti instruksi, namun masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan merespon tindakan pengobatan.
- 5) Nilai 10 menunjukkan nyeri yang sangat hebat, di mana pasien tidak dapat berbicara dan biasanya akan memilih suatu titik pada nilai yang menurutnya sesuai terhadap tingkat keparahan nyeri.

Pengukuran menggunakan skala numerik ini lebih sering dipakai sebagai alternatif deskripsi verbal. Dalam praktiknya, pasien mengukur nyeri dengan memakai skala 0 hingga 10. Metode ini terbukti paling efektif untuk mengkaji tingkat nyeri sebelum dan sesudah intervensi dilakukan.

b. *Visual Analog Scale*

Merupakan metode yang umum dipakai untuk mengevaluasi intensitas nyeri. Skala ini memaparkan secara visual gradasi nyeri yang dirasakan pasien. Rentang nyeri direpresentasikan sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa penanda setiap sentimeter. Metode ini dapat digunakan baik pada anak-anak maupun dewasa berusia delapan tahun ke atas (Kedokteran et al., 2022).

Gambar 2. 3 Visual Analog Scale



D. Konsep Dasar *Post Partum*

1. Definisi *Post Partum*

Postpartum ini juga dikenal sebagai masa nifas, diawali setelah plasenta lahir serta berakhir jika organ reproduksi wanita kembali ke keadaan sebelum hamil. Periode ini berlangsung sekitar 6 minggu. Masa nifas mencakup masa setelah melahirkan, fase pemulihan organ reproduksi ibu, yang dapat berlangsung hingga enam minggu atau 42 hari (Setyowati, 2025).

Masa nifas adalah masa transisi yang signifikan bagi ibu, ditandai dengan berbagai perubahan fisik, psikologis, emosional, dan sosial. Periode ini berlangsung sejak setelah melahirkan hingga enam minggu berikutnya, yang dikenal sebagai masa nifas, dan membutuhkan perhatian serta pemantauan intensif. Karena periode ini krusial, intervensi berupa dukungan, motivasi, dan perawatan profesional dari tenaga kesehatan sangatlah penting. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa masa nifas merupakan fase pemulihan bagi ibu setelah sembilan bulan kehamilan dan persalinan, di mana organ reproduksi menyesuaikan diri dengan keadaan sebelum hamil. Periode ini berlaku sekitar 42 hari dan membutuhkan perlakuan khusus untuk mempercepat proses pemulihan serta mencegah potensi masalah berkelanjutan bagi ibu (Setyowati, 2025).

2. Tahapan Masa *Post Partum*

Terdapat 3 tahapan masa *postpartum* menurut (Fitri et al., 2023) yaitu:

a. *Immediate postpartum* (setelah plasenta lahir - 24 Jam)

Periode nifas, yang dimulai setelah plasenta lahir dan berlanjut hingga 24 Jam berikutnya, merupakan periode kritis di mana perdarahan akibat atonia uteri sering terjadi. Oleh karena itu, untuk mencegah risiko komplikasi yang lebih serius, pemantauan ketat terhadap kontraksi uterus, jumlah dan karakteristik lochea, tekanan darah, dan suhu tubuh sangat diperlukan.

b. *Early postpartum* (24 Jam - 1 minggu)

Masa ini involusi uterus sudah kembali pada kondisi normal, tidak terjadi pendarahan, lochea tidak berbau busuk, ibu tidak demam, status gizi ibu tampak optimal, serta ibu mampu memberikan ASI dengan baik.

c. *Late post partum* (1 minggu - 6 minggu)

Waktu yang dibutuhkan untuk mencapai pemulihan kesehatan yang lengkap dan optimal.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa *Post Partum*

Perubahan fisiologis pada masa *postpartum* menurut (Khasanah & Sulistyawati, 2023) sebagai berikut:

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus mengeras akibat kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus kemudian menyusut secara bertahap

hingga mencapai ukuran sebelum hamil. Proses involusi uterus melibatkan beberapa mekanisme, yaitu:

1) *Iskemia Myometrium*

Setelah plasenta lahir, uterus mengalami kontraksi serta retraksi terus-menerus, yang mengakibatkan penurunan suplai darah (anemia) ke uterus dan atrofi serat ototnya.

2) *Atrofi Jaringan*

Jaringan uterus berproliferasi di bawah pengaruh estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai respons terhadap penghentian produksi estrogen yang terjadi bersamaan dengan pengeluaran plasenta.

3) *Autolysis*

Penurunan kadar estrogen dan progesteron merangsang aktivitas enzim proteolitik yang berfungsi memendekkan otot-otot uterus yang sebelumnya rileks selama kehamilan. Hal ini mengakibatkan uterus menjadi 10 kali lebih panjang serta 5 kali lebih lebar dari sebelumnya.

b. *Tempat Tertanamnya Plasenta*

Insisi kasar plasenta menonjol ke dalam rongga rahim setelah plasenta lahir. Setelah plasenta lahir, luka menyusut dengan cepat. Pada akhir minggu kedua, ukuran luka hanya sekitar 3-4 cm, dan pada akhir masa nifas, ukurannya mengecil menjadi 1-2 cm. Plasenta menutupi beberapa arteri utama yang tersumbat oleh trombus pada

awal masa nifas. Jaringan parut dari tempat plasenta berada tidak meninggalkan bekas yang permanen.

Regenerasi endometrium di tempat implantasi plasenta membutuhkan waktu sekitar enam minggu. Desidua basalis merupakan tempat kelenjar endometrium berkembang. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini menyebabkan erosi pada pembuluh darah yang menggumpal di tempat implantasi plasenta, menyebabkannya mengelupas dan berhenti berfungsi selama pengeluaran lochea.

c. Lochea

Lochea merupakan cairan atau sekresi yang berasal dari rongga rahim dan vagina. Perubahan warna serta volume terjadi akibat proses involusi. Selama masa nifas, lochia diklasifikasikan menjadi beberapa jenis berdasarkan warna dan durasinya, sebagai berikut:

- 1) Lochea rubra berwarna merah karena adanya darah segar serta sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium. Lochia ini biasanya berlangsung selama 1 hingga 3 hari pascapersalinan.
- 2) Lochea sanguinolenta adalah cairan lendir berwarna cokelat kemerahan yang keluar dari hari ke-4 hingga ke-7 setelah melahirkan.

- 3) Lochea serosa berwarna kuning karena mengandung serum jaringan, desidua, leukosit, dan eritrosit. Jenis lokia ini berlangsung selama dua minggu pascapersalinan.
- 4) Lochea alba berwarna putih dan terdiri dari leukosit, sel desidua, serta berlangsung dari hari ke-14 hingga akhir masa nifas.
- 5) Lochea purulen merupakan infeksi rahim yang ditandai dengan keluarnya cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- 6) Lokiotosis adalah istilah yang digunakan untuk lokia dengan pola keluarnya cairan yang tidak teratur.

d. Perubahan Payudara

Air Susu Ibu (ASI) diproduksi oleh kelenjar susu di kedua payudara dan diatur oleh beberapa hormon. Salah satu hormon utamanya adalah laktogen, yang memungkinkan seorang ibu memproduksi sekitar 150-300 ml ASI per hari. Pada awal masa nifas, ASI yang dihasilkan berwarna kekuningan dan dikenal sebagai kolostrum. Kandungan utama kolostrum meliputi sel darah putih, yang berperan penting dalam meningkatkan sistem kekebalan tubuh bayi.

Selama masa nifas, ketika seorang ibu menyusui bayinya, dua refleks fisiologis berperan penting dalam proses laktasi:

1) Refleks Prolaktin

Puting susu mengandung banyak ujung saraf sensorik yang, ketika dirangsang akan menghasilkan impuls yang dikirim

ke hipotalamus serta ke lobus anterior kelenjar pituitari. Respons ini memicu pelepasan hormon prolaktin, yang berperan dalam merangsang produksi air susu ibu di tingkat alveolar.

2) Refleks Let-Down

Stimulasi puting susu tidak hanya memengaruhi lobus hipofisis anterior tapi juga lobus posterior, memicu sekresi hormon oksitosin. Hormon ini menyebabkan kontraksi otot polos pada dinding alveoli dan saluran ASI, sehingga ASI dapat mengalir dan dipompa secara efektif.

e. Sistem Pencernaan

Hari pertama pascapersalinan, dinding perut ibu tampak menonjol. Setelah 2 minggu pascapersalinan, dibutuhkan waktu sekitar 6 minggu bagi dinding abdomen untuk rileks dan kembali ke keadaan sebelum hamil, dengan dukungan latihan pascapersalinan. Dua jam setelah melahirkan, ibu biasanya akan merasa lapar, dan kecuali jika terjadi komplikasi, tidak ada alasan medis untuk menunda pemberian nutrisi atau makanan kepada ibu. Konstipasi dapat muncul akibat faktor psikologis, terutama ketakutan ibu untuk buang air besar akibat jahitan pada perineum. Selain itu, faktor fisiologis juga berperan. Pada awal masa pascapersalinan, tekanan selama persalinan dapat memengaruhi saluran pencernaan, menyebabkan usus besar kosong, dan hilangnya cairan berlebih selama persalinan juga berkontribusi terhadap konstipasi.

f. Ligamen dan Diafragma Pelvis

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis, yang teregang selama persalinan serta setelah melahirkan, secara bertahap akan meregang dan pulih. Selama masa nifas, dinding perut mengalami distensi berkepanjangan akibat kehamilan, sehingga menjadi lemah dan kendur. Fenomena ini dikenal sebagai diastasis rektus abdominalis, yaitu pemisahan otot rektus abdominis yang melebihi 2,5 cm setinggi pusar, yang terjadi akibat pengaruh hormonal pada linea alba serta peregangan mekanis dinding abdomen.

Diastasis rektus abdominalis sering ditemukan pada kehamilan multipara, bayi berat lahir tinggi, otot perut lemah, dan postur tubuh yang kurang optimal. Mengukur derajat *diastasis rektus abdominalis* dapat menjadi alat untuk menilai tonus otot perut. Diastasis mengacu pada derajat pemisahan otot rektus abdominis, diukur dengan lebar jari saat otot perut berkontraksi dan rileks. Nilai umum diastasis rektus abdominalis adalah 2/5, dengan nilai 2 saat otot berkontraksi dan nilai 5 saat otot rileks. Pemisahan otot rektus abdominis ini berpotensi menimbulkan berbagai masalah klinis, karena tanpa stabilisasi dinamis, otot perut melemah, mengurangi kekuatan dinding perut dan mengancam stabilitas serta mobilitas batang tubuh. Kondisi ini juga dapat menyebabkan nyeri punggung, disfungsi dasar panggul, dan risiko hernia.

g. Sistem Perkemihan

Pelvis renalis yang meregang serta melebar selama kehamilan, akan pulih dan kembali seperti semula pada minggu ke 4 pascapersalinan. Pascapersalinan kapasitas kandung kemih meningkat, disertai pembengkakan serta trauma pada jaringan di sekitar uretra akibat proses persalinan itu sendiri. Pada ibu pascapersalinan yang menjalani operasi caesar, efek anestesi dapat menghambat fungsi saraf kandung kemih. Distensi kandung kemih yang berlebihan berpotensi menyebabkan perdarahan dan kerusakan jaringan lebih lanjut. Proses pemulihan fungsi kandung kemih biasanya memakan waktu 5 hingga 7 hari setelah melahirkan.

h. Sistem Endokrin

Beberapa hormon berfungsi penting dalam proses pascapersalinan, termasuk oksitosin, prolaktin, estrogen, dan progesteron. Oksitosin berfungsi dalam kontraksi uterus, mencegah perdarahan, dan membantu uterus kembali ke keadaan normal. Aktivitas mengisap bayi juga dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin. Lebih lanjut, hormon prolaktin, yang diproduksi oleh kelenjar pituitari, berperan dalam merangsang produksi ASI. Pada ibu yang tidak menyusui, menstruasi biasanya kembali dalam 14 hingga 21 hari pascapersalinan. Lebih lanjut, kadar estrogen menurun setelah melahirkan, sementara kadar progesteron meningkat.

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan oleh kelenjar pituitari posterior. Selama fase ke 3 persalinan, hormon ini merangsang pengeluaran plasenta serta mempertahankan kontraksi uterus, mencegah perdarahan dan membantu uterus kembali ke bentuk normalnya. Lebih lanjut, aktivitas mengisap bayi juga meningkatkan sekresi oksitosin dan produksi ASI.

2) Prolaktin

Penurunan konsentrasi estrogen merangsang kelenjar pituitari untuk mensekresikan hormon prolaktin. Hormon tersebut berkontribusi pada proliferasi jaringan payudara serta sekresi ASI.

3) Estrogen dan progesteron

Selama kehamilan, volume darah meningkat, diduga berkaitan dengan tingginya kadar estrogen. Peningkatan estrogen menyebabkan peningkatan hormon antidiuretik, yang berkontribusi pada peningkatan volume darah. Progesteron berperan dalam kontraksi otot, yang pada gilirannya merangsang pelebaran pembuluh darah.

4) Hormon plasenta

Enzim insulinase bertindak sebagai penangkal efek diabetogenik yang disebabkan oleh penurunan kadar laktogen plasenta manusia (HPL), estrogen, dan progesteron, serta

pengaruh plasenta selama kehamilan. Oleh karena itu, selama periode pascapersalinan, kadar glukosa menurun, disertai dengan penurunan kadar estrogen serta progesteron. Penurunan kadar estrogen ini berhubungan dengan peningkatan diuresis ekstraseluler akibat akumulasi selama kehamilan. Pada ibu menyusui, kadar estrogen mulai meningkat sejak minggu ke 2 dan terus meningkat hingga hari ke 17 pascapersalinan.

5) Hormon Hipofisis dan Ovarium

Awal menstruasi pada ibu menyusui berbeda dengan ibu yang tidak menyusui. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada ibu menyusui berperan penting dalam menekan ovulasi dengan menurunkan kadar FSH. Ovarium tidak merespons stimulasi FSH untuk ovulasi ketika kadar prolaktin meningkat. Biasanya, menstruasi pertama bersifat anovulasi karena kadar estrogen serta progesteron yang rendah.

i. Perubahan tanda-tanda vital

- 1) Selama periode postpartum, suhu tubuh dapat mengalami peningkatan sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dalam 2 Jam pertama yang masih tergolong normal.
- 2) Frekuensi denyut HR serta pernapasan dapat meningkat sementara beberapa waktu setelah proses persalinan, namun akan berubah ke nilai normal dalam waktu 24 Jam.

- 3) Tekanan darah pasien dapat mengalami peningkatan sementara yang akan berubah ke tingkat normal dalam beberapa hari, dengan catatan tidak terdapat kondisi patologis yang menyerta

j. *Striae*

Striae yang terdapat pada dinding perut tidak sepenuhnya dapat pudarkan serta akan mengalami transformasi warna menjadi putih, yang dikenal sebagai *striae albicans*.

4. Adaptasi Psikologis Ibu *Post Partum*

Adapun adaptasi psikologis pada ibu *postpartum* menurut (Khasanah & Sulistyawati, 2023) adalah:

a. Tahapan Adaptasi Psikologis *Post Partum*

1) Fase *taking in* (hari-hari pertama pasca persalinan)

Fase penerimaan merupakan tahap awal yang terjadi setelah kelahiran bayi, umumnya berlangsung beberapa hari pertama pascapersalinan, dari hari pertama hingga hari ketiga. Selama periode ini, para ibu cenderung berfokus pada proses pemulihan fisik setelah melahirkan dan menunjukkan kondisi emosional yang relatif pasif. Meskipun para ibu merasakan kebahagiaan yang mendalam saat kelahiran anak mereka, fokus utama selama fase ini adalah pemulihan fisik dan penyesuaian emosional terhadap peran baru mereka sebagai seorang ibu.

2) Fase *taking hold* (minggu pertama hingga keempat)

Setelah beberapa hari pertama, para ibu memasuki fase "*taking hold*", yang umumnya terjadi antara minggu ke 3 dan ke 2 setelah melahirkan. Selama tahap ini, para ibu menjadi lebih aktif terlibat dalam proses pengasuhan dan menunjukkan kesiapan yang lebih besar untuk mengendalikan perawatan bayi mereka. Mereka mulai merasakan peningkatan kepercayaan diri dan mengembangkan keterampilan mengasuh, meskipun perasaan cemas dan ketidakpastian mungkin masih ada.

3) Fase *letting go* (minggu keempat hingga keenam)

Fase melepaskan merupakan tahap di mana seorang ibu mulai sepenuhnya menerima peran barunya sebagai seorang ibu dan melepaskan beberapa peran yang sebelumnya dipegangnya sebelum kehamilan serta persalinan. Selama tahap ini, ibu menyesuaikan diri dengan kenyataan kehidupan barunya dan menerima perubahan yang terjadi dalam aspek pribadi, sosial, dan emosionalnya. Fase ini biasanya berlangsung dari minggu ketiga hingga keenam pascapersalinan, meskipun durasinya dapat bervariasi.

A. Konsep Teori *Massage Effleurage*

1. Pengertian *Massage Effleurage*

Massage Effleurage merupakan metode pijat dengan telapak tangan guna memberikan usapan ringan serta berulang dalam gerakan melingkar di seluruh permukaan tubuh. Hal ini bertujuan guna meningkatkan peredaran darah, memberikan tekanan yang terkontrol, dan menghangatkan otot punggung untuk mendorong relaksasi fisik dan mental. Prinsip utama pijat *effleurage* didasarkan pada teori *Gate Control*, yang menjelaskan bagaimana teknik ini dapat "menutup gerbang" untuk menghambat transmisi stimulus nyeri ke pusat saraf yang lebih tinggi di sistem saraf pusat. (Erick Caesarrani Asmara dkk., 2023).

2. Manfaat *Massage Effleurage*

Manfaat *Massage Effleurage* menurut (Erick Caesarrani Asmara dkk., 2023) adalah:

a. Mengurangi Nyeri Pasca Operasi

Mengurangi nyeri setelah operasi ini adalah manfaat yang paling banyak diteliti. *Effleurage* bekerja berdasarkan Teori Gerbang Kontrol (*Gate Control Theory*). Sentuhan lembut dari pijatan merangsang serabut saraf besar di sumsum tulang belakang, sehingga menghalangi sinyal nyeri dari serabut saraf kecil dari luka operasi atau kontraksi rahim untuk mencapai otak. Pijatan ini juga merangsang tubuh guna melepaskan endorfin, yang merupakan pereda nyeri alami tubuh.

b. Menurunkan Kecemasan dan Stres

Proses operasi dan rasa nyeri dapat meningkatkan kecemasan. Sentuhan *effleurage* yang lembut dan menenangkan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis ("*rest and digest*"). Hal ini membantu menurunkan kadar hormon stres (seperti kortisol) serta meningkatkan perasaan rileks, yang secara langsung berdampak pada penurunan tingkat kecemasan.

c. Mengurangi Nyeri "*Afterpains*" (Involusi Uterus)

Setelah melahirkan (baik normal maupun SC), rahim akan terus berkontraksi untuk kembali ke ukuran semula (involusi). Kontraksi ini seringkali terasa nyeri dan disebut *afterpains*.

d. Meningkatkan Kualitas Tidur

Dengan berkurangnya nyeri dan kecemasan, kualitas tidur ibu pasca SC akan meningkat. Tidur yang cukup sangat penting untuk proses penyembuhan jaringan dan pemulihan energi.

e. Mendukung Laktasi dan Mobilisasi Dini

Laktasi: Nyeri dan stres adalah penghambat utama hormon oksitosin, yang krusial untuk refleks pengeluaran ASI. Dengan mengurangi nyeri dan membuat ibu rileks, *effleurage* secara tidak langsung mendukung kelancaran proses menyusui. Mobilisasi Dini: Rasa nyeri yang hebat sering membuat ibu takut untuk bergerak. Dengan nyeri yang lebih terkontrol, ibu akan lebih termotivasi untuk melakukan mobilisasi dini (seperti duduk atau berjalan), yang sangat

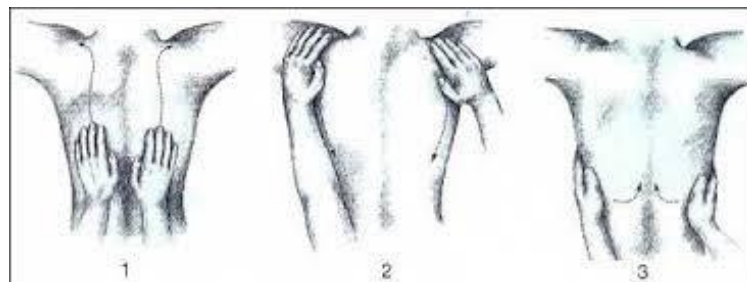
penting untuk mencegah komplikasi pasca operasi seperti perlengketan atau pembekuan darah.

3. Teknik *Massage Effleurage*

Effleurage massage adalah teknik pijatan yang dirancang untuk mempercepat proses penyembuhan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan guna menciptakan efek rileks. Teknik ini mencakup manipulasi berupa usapan lembut dengan variasi tekanan mulai dari ringan hingga kuat, memanfaatkan seluruh permukaan 1 atau ke 2 tangan. Tidak ada standar kekuatan pijatan yang tetap untuk teknik *effleurage massage*, karena intensitasnya harus disesuaikan dengan kebutuhan, preferensi pribadi, serta bagian tubuh yang sedang dipijat. Meskipun demikian, dalam praktik masyarakat, *effleurage massage* biasanya dilakukan berdasarkan kebiasaan atau kondisi individu, dengan tekanan yang ringan sampai sedang, serta gerakan meluncur yang halus dan panjang. Gerakan usapan dilakukan secara menyeluruh dengan arah menuju jantung atau sejalan dengan aliran pembuluh darah, sehingga memberikan dampak positif pada peredaran darah (Setyowati, 2025).

Menurut (Pratami et al., 2025) teknik relaksasi *effleurage massage* yaitu:

Gambar 2. 4 Teknik Massage Effleurage



a. Usapan Ringan

Letakkan kedua telapak tangan di permukaan tubuh dengan ujung jari sedikit terangkat. Dengan gerakan terus-menerus dan tanpa henti, geser kedua tangan ke atas, lalu pisahkan dan kembalikan ke posisi bawah. Gerakan ini harus mencakup permukaan tubuh seluas mungkin.

b. Usapan Melingkar Lebar

Letakkan kedua tangan secara horizontal dengan jari-jari saling menempel, lalu buka dengan gerakan melingkar. Secara bergantian, buat gerakan melingkar yang tumpang tindih dengan kedua telapak tangan. Usapan diterapkan secara merata di semua tubuh, hingga ke bagian bawah, lalu kembalikan gerakan ke atas.

c. Pijat Gelombang

Setelah mengusap ringan permukaan tubuh, seperti punggung, gerakkan tangan Anda ke bawah dengan pola zig-zag bergelombang ke arah tengah sisi tubuh. Usapan diterapkan selebar mungkin di permukaan tubuh.

Tabel 2. 1 SOP Massage Effleurage

NO	Tindakan	Keterangan
A FASE PRAINTERAKSI		
1	Melakukan pengecekan serta konfirmasi pada catatan rekam medis/instruksi medis pasien.	
2	Persiapan alat: a. <i>Baby oil</i> b. Tisu c. Handuk mandi d. Bantal dan guling e. Selimut	
B FASE ORIENTASI		
1	Membuka komunikasi dengan salam, memperkenalkan identitas diri, lalu melakukan validasi ulang data pasien secara teliti.	
2	Memaparkan maksud serta tahapan tindakan yang hendak dilakukan, memberi ruang bagi pasien untuk mengajukan pertanyaan, dan memberikan penjelasan atas pertanyaan tersebut.	
3	Mendekatkan dan menata peralatan agar mudah dijangkau saat tindakan.	
4	Memastikan pencahayaan cukup serta sirkulasi udara di dalam ruangan baik.	
5	Membantu mengatur posisi tubuh pasien hingga merasa tenang dan rileks.	
C FASE KERJA		
1	Memberitahukan kepada pasien bahwa tindakan pemijatan akan segera dilaksanakan.	

2	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) pasien sebelum tindakan pemijatan area punggung dimulai.
3	Membantu pasien mengatur posisi tubuh yang nyaman, baik berbaring miring ke arah kiri maupun duduk tegak (jika memungkinkan).
4	Memandu pasien melakukan teknik napas dalam melalui hidung dan mengeluarkannya secara perlahan lewat mulut sampai merasa santai.
5	Menuangkan <i>baby oil</i> secukupnya ke telapak tangan, lalu mengusap kedua tangan sampai terasa hangat.
6	Letakkan kedua telapak tangan pada area punggung pasien dan mengawalinya dengan usapan lembut.
7	Mengusap punggung membentuk pola kupu-kupu menggunakan telapak tangan, dilanjutkan gerakan melingkar kecil dengan ibu jari pada area punggung bawah. Usapan diarahkan perlahan menuju ke atas dan samping, disertai penekanan terukur yang difokuskan ke arah atas.
D FASE TERMINASI	
1	Membersihkan sisa minyak pada punggung Klien menggunakan handuk.
2	Merapikan Klien ke posisi semula.
3	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai.
4	Merapikan alat-alat yang telah digunakan.

Sumber: (Benjamin, 2020)

4. Indikasi *Massage Effleurage*

Menurut (Setyowati, 2025) *Massage Effleurage* direkomendasikan dalam beberapa kondisi berikut:

- a. Ketika individu mengalami kelelahan fisik yang berlebihan
- b. Terdapat otot yang terasa kaku, melekat antarjaringan, menebal, atau menimbulkan rasa nyeri
- c. Muncul gangguan pada sistem saraf atau adanya ketegangan saraf yang mengganggu kenyamanan
- d. Kondisi tubuh yang lemah atau kehilangan kekuatan otot secara signifikan

5. Kontraindikasi *Massage Effleurage*

Beberapa kondisi yang tidak dianjurkan untuk diberikan terapi *Massage Effleurage* menurut (Setyowati, 2025), antara lain:

- a. Cedera yang masih dalam fase akut
- b. Kondisi tubuh yang mengalami demam
- c. Adanya pembengkakan atau akumulasi cairan (edema)
- d. Gangguan atau infeksi pada kulit
- e. Aterosklerosis atau pengapuran pada pembuluh darah arteri
- f. Luka bakar yang belum sembuh
- g. Adanya patah tulang (fraktur)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Ibu *Post Sectio Caesarea* (SC)

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan informasi dari pasien, penetapan informasi dasar pasien, dan pencatatan respon kesehatan pasien. Penilaian yang menyeluruh, sistematis dan logis memandu serta mendukung identifikasi masalah pasien. Masalah dinyatakan sebagai diagnosis keperawatan, dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar perumusannya (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017). 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

Biasanya 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 dinilai, 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

Berdasarkan genogram keluarga, apakah terdapat riwayat penyakit kronis dalam keluarga pasien, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti tuberkulosis, hepatitis, dan penyakit menular seksual, yang berpotensi diturunkan kepada pasien.

d. Riwayat Obstetri

Pada pengkajian ini meliputi riwayat kehamilan, persalinan, ataupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (*Gravida, Para, Abortus*), berapa kali 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

Aspek yang dianalisis dalam riwayat kontrasepsi meliputi informasi mengenai partisipasi ibu dalam program kontrasepsi, jenis metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, hambatan atau masalah selama penggunaan metode tersebut, dan rencana penggunaan kontrasepsi pascapersalinan.

- 1) Pendekatan pengkajian yang digunakan dalam model keperawatan (pola fungsional) didasarkan pada fungsi biopsikososial dan kultural, yang mencakup analisis faktor biologis, perkembangan, psikologis, sosial, dan spiritual. Berbagai model keperawatan dapat diterapkan, seperti model Johnson yang menekankan perilaku Klien, model yang mengkaji kemampuan Klien dalam melakukan perawatan diri, dan berbagai model serta teori lainnya. Dalam pengkajian pola kesehatan, model keperawatan Virginia Henderson yang terdiri dari 14 fungsi pola kesehatan sering digunakan sebagai kerangka kerja, yaitu:

- a) Respirasi

Pada kasus *post sectio caesaria* penyulit yang sering ditemukan adalah obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat dan respirasi arrest.

b) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung diberi makan, minum seperti biasanya, bahkan dianjurkan banyak minum.

c) Eliminasi

Meliputi berapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio caesarea*, untuk BAK melalui dower cateter yang sebelumnya telah terpasang.

d) Istirahat/tidur

Pada klien dengan post *sectio caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter.

e) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi.

Pada klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh $>37,5^{\circ}\text{C}$.

f) Kebutuhan personal hygiene

Klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama dan kedua sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang

lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan.

g) Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

h) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.

i) Kebutuhan berpakaian

Klien dengan post op *sectio caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

j) Kebutuhan keamanan

Kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

k) Sosialisasi

Pada data sosial ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Klien tampak sangat cemas dan ketakutan.

l) Kebutuhan spiritual

Klien yang menganut agama Islam selama keluar darah nifas/masa nifas tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah. Sedangkan darah nifas adalah darah yang keluar dari rahim ibu sesudah ia melahirkan anak, ini berlangsung selama 40 hari dan selama-lamanya 60 hari sesudah melahirkan.

m) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan post op *sectio caesarea* biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena dalam kondisi yang lemah.

n) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

f. Pemeriksaan Fisik:

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi evaluasi bentuk kepala, kebersihan, dan keberadaan benjolan atau lesi. Kloasma gravidarum sering ditemukan pada ibu pascapersalinan.

a) Rambut

Warna, kebersihan, dan kerontokan rambut dinilai.

b) Alis

Alis diperiksa untuk memastikan dapat dicabut.

c) Mata

Pemeriksaan mata meliputi penilaian simetri dan kelengkapan mata, kondisi kelopak mata, apakah konjungtiva menunjukkan anemia, dan tes ketajaman penglihatan.

d) Muka

Oedema atau tidak, khususnya dipagi hari, kloasma
Grafidarum

e) Hidung

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

f) Mulut

Warna bibir diamati serta diperiksa apakah terdapat stomatitis atau tidak

g) Gigi

Dilakukan penilaian kebersihan gigi dan pemeriksaan adanya karies

h) Telinga

Pemeriksaan telinga mencakup evaluasi bentuk, simetri, kondisi lubang telinga, kebersihan, dan ketajaman pendengaran

2) Leher

Dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis

3) Dada dan axilla

Diperiksa apakah terdapat 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 pemeriksaan luka operasi untuk mencari tanda-tanda infeksi atau perdarahan. Perkusi dilakukan dengan memasukkan dua jari, telunjuk dan tengah, ke dalam diafragma abdomen ibu. Jika celah hanya selebar dua jari, diastasis recti dianggap normal. Sebaliknya, jika celah lebih besar dari dua jari, kondisi tersebut dianggap abnormal. Auskultasi dilakukan untuk menilai peristaltik usus, yang secara fisiologis normal

terjadi antara 5 dan 35 kali per menit. Selain itu, palpasi dilakukan untuk mengevaluasi apakah kontraksi uterus berjalan dengan baik.

7) Ekstremitas

- a) Superior: Kesimetrisan kedua ekstremitas atas dan kondisi kuku dinilai, termasuk kebersihan, panjang, dan apakah kuku berwarna pucat atau normal.
- b) Inferior: Kesimetrisan ekstremitas bawah dan kondisi kuku dievaluasi, termasuk kebersihan, panjang, dan warna (apakah pucat atau tidak), serta memeriksa varises.

8) Genitalia

Pemeriksaan genital bertujuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda infeksi. Selain itu, lokia juga dievaluasi, termasuk warna, bau, volume, dan konsistensinya.

9) Anus

Pemeriksaan anus bertujuan untuk memeriksa hemoroid atau kelainan lain di area tersebut.

10) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi pengamatan warna kulit, turgor, kelembapan, suhu tubuh, dan tekstur kulit. Selain itu, kontraksi uterus dan kondisi umum uterus dinilai untuk melihat apakah uterus dalam kondisi baik.

g. Data Penunjang

- 1) Laboratorium
- 2) USG
- 3) Dll

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017):

a. Nyeri Akut (D.0077)

- 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 SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).
- 2) Penyebab
 - a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 - c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

3) Gejala dan Tanda

a) Mayor:

(1) Subjektif: Mengeluh nyeri

(2) Objektif

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

(c) Gelisah

(d) Frekuensi HR meningkat

(e) Sulit tidur

b) Minor

(1) Subjektif: Tidak tersedia

(2) Objektif

(a) Tekanan darah meningkat

(b) Pola napas berubah

(c) Nafsu makan berubah

(d) Proses berpikir terganggu

(e) Menarik diri

(f) Berfokus pada diri sendiri

(g) Diaforesis

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Nyeri
- p) Kecemasan
- q) Keenggangan melakukan pergerakan
- r) Gangguan sensoripresepsi

3) Gejala dan Tanda

a) Mayor

(1) Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

(2) Objekif

(a) Kekuatan otot menurun

(b) Rentang gerak (ROM) menurun

b) Minor

(1) Subjektif

(a) Nyeri saat bergerak

(b) Enggan melakukan pergerakan

(c) Merasa cemas saat bergerak

(2) Objektif

(a) Sendi kaku

(b) Gerakan tidak terkoordinasi

(c) Gerakan terbatas

(d) Fisik lemah

c. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

1) Definisi: Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Penyebab

a) Gejala penyakit

b) Kurang pengendalian situasional/lingkungan

- c) Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
- d) Kurangnya privasi
- e) Gangguan stimulus lingkungan
- f) Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi)

3) Gejala dan Tanda

a) Mayor

- (1) Subjektif: Mengeluh tidak nyaman
- (2) Objektif: Gelisah

b) Minor

(1) Subjektif

- (a) Mengeluh sulit tidur
- (b) Tidak mampu rileks
- (c) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- (d) Merasa gatal
- (e) Mengeluh mual
- (f) Mengeluh lelah

(2) Objektif

- (a) Menunjukkan gejala distress
- (b) Tampak merintih/menangis
- (c) Pola eliminasi berubah
- (d) Postur tubuh berubah
- (e) Iritabilitas

d. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

1) Definisi: Gangguan kualitas waktu tidur akibat faktor eksternal
SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Penyebab

a) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan /pemeriksaan/tindakan)

b) Kurangnya kontrol tidur

c) Kurangnya privasi

d) Restraint fisik

e) Ketidadaan teman tidur

3) Gejala dan Tanda

a) Mayor

(1) Subjektif

(a) Mengeluh sulit tidur

(b) Mengeluh sering terjaga

(c) Mengeluh tidak puas tidur

(d) Mengeluh pola tidur berubah

(e) Mengeluh istirahat tidak cukup

(2) Objektif: Tidak tersedia

b) Minor

(1) Subjektif: Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

(2) Objektif: Tidak tersedia

e. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

1) Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Penyebab

- a) Gangguan muskuloskeletal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

3) Gejala dan Tanda

a) Mayor

(1) Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri

(2) Objektif

(a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri

(b) Minat melakukan perawatan diri kurang

b) Minor

(1) Subjektif: Tidak tersedia

(2) Objektif: Tidak tersedia

f. Risiko Perdarahan (D.0012)

1) Definisi: Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar

tubuh) SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Faktor Risiko

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus labung, polip, varises)
- c) Gangguan ungsi hati (mis. sirosis hepatis)
- d) Komplikasi kehamilan (ms. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pascapartum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

g. Risiko Aspirasi (D.0006)

- 1) Definisi: Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).

2) Faktor Risiko

- a) Penurunan tingkat kesadaran

- b) Penurunan refleks muntah dan/atau batuk
- c) Gangguan menelan
- d) Disfagia
- e) Kerusakan mobilitas fisik
- f) Peningkatan residu lambung
- g) Peningkatan tekanan intragastrik
- h) Penurunan motilitas gastrointestinal
- i) Sfingler esofagus bawah inkompeten
- j) Perlambatan pengosongan lambung
- k) Terpasang selang nasogastrik
- l) Terpasang trakeostomi atau *endotracheal tube*
- m) Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
- n) Efek agen farmakologis
- o) Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas

h. Risiko Infeksi (D.0142)

- 1) Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik SDKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2017).
- 2) Faktor Risiko
 - a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
 - b) Efek prosedur invasif
 - c) Malnutrisi

- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - (1) Gangguan peristaltik
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi pH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Merokok
 - (8) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Imununosupresi
 - (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi

3. Fokus Intervensi

Intervensi keperawatan menurut SIKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2018):

a. Nyeri Akut (D.0077)

Manajemen Nyeri (I.08238)

1) Observasi:

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- b) kualitas, intensitas nyeri
- c) Identifikasi skala nyeri
- d) Identifikasi respon nyeri non verbal
- e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- h) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- i) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- j) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik :

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) 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)

4) Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Dukungan Ambulasi (I.06171)

1) Observasi:

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

2) Terapeutik:

a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)

b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

3) Edukasi:

a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

b) Anjurkan melakukan ambulasi dini

c) 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. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Manajemen Nyeri (I.08238)

1) Observasi:

a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi

b) Kualitas, intensitas nyeri

c) Identifikasi skala nyeri

d) Identifikasi respon nyeri non verbal

e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- g) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- h) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- i) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- j) Monitor efek samping penggunaan analgetik

2) Terapeutik:

- a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) 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)

4) Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian anestetik, jika perlu

d. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Dukungan Tidur (I.09265)

1) Observasi:

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, minuman bersoda, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

2) Terapeutik:

- a) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- d) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 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

3) Edukasi:

- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- d) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- f) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya)

e. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

1) Observasi:

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

2) 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) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- f) Jadwalkan rutinitas perawatan diri

3) Edukasi:

- a) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

f. Risiko Perdarahan (D.0012)

Pencegahan Perdarahan (I.02067)

1) Observasi:

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- d) Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT)), *partial thromboplastin time* (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet)

2) Terapeutik:

- a) Pertahankan bed rest selama perdarahan
- b) Batasi tindakan invasif, jika perlu
- c) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- d) Hindari pengukuran suhu rektal

3) Edukasi:

- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

4) Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian peluak tinja, jika perlu

g. Risiko Aspirasi (D.0006)

Pencegahan Aspirasi (I.01018)

1) Observasi:

- a) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan

- b) Monitor status pernapasan
- c) Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum
- d) Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral
- e) Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral

2) Terapeutik:

- a) Posisikan semi fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral
- b) Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar
- c) Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. teknik head tilt chin lift, jaw thrust, in line)
- d) Pertahankan pengembangan balon endotracheal tube (ETT)
- e) Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat
- f) Sediakan suction di ruangan
- g) Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak
- h) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak
- i) Berikan obat oral dalam bentuk cair

3) Edukasi:

- a) Anjurkan makan secara perlahan
- b) Anjurkan strategi mencegah aspirasi

c) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu

h. Risiko Infeksi (D.0142)

Pencegahan Infeksi (I.14539)

1) Observasi:

a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

2) Terapeutik:

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Berikan perawatan kulit pada area edema

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

3) Edukasi:

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

c) Ajarkan etika batuk

d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien mengatasi masalah kesehatannya, sehingga tercapai kondisi kesehatan optimal sesuai dengan kriteria luaran yang diharapkan. Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan berfokus pada intervensi keperawatan untuk mendukung Klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, rencana tindakan spesifik diimplementasikan untuk memodifikasi berbagai faktor yang memengaruhi masalah kesehatan Klien (Ekaputri, 2024).

Secara operasional, implementasi keperawatan merupakan fase realisasi tindakan untuk mengoptimalkan pemenuhan kebutuhan pasien. Pelaksanaannya disusun berdasar urutan prioritas masalah kesehatan yang telah teridentifikasi, lengkap dengan penentuan jadwal dan tahapan tindakan. Agar memberikan dampak terapeutik yang maksimal, implementasi harus berpusat pada kebutuhan spesifik pasien, memperhitungkan faktor risiko yang ada, menggunakan pendekatan yang tepat, serta didukung oleh komunikasi efektif (Ekaputri, 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan, evaluasi berfokus pada penilaian efektivitas pencapaian luaran yang dirumuskan pada tahap perencanaan. Kompetensi pengetahuan dan keterampilan klinis perawat menjadi krusial dalam tahap ini guna menganalisis respons pasien terhadap

tindakan keperawatan, menyimpulkan tingkat ketercapaian tujuan, dan mengukur kesesuaian antara intervensi yang dieksekusi dengan kriteria hasil yang diharapkan (Ekaputri, 2024).

Prosedur evaluasi dilakukan secara terstruktur melalui tahapan pengumpulan data klinis, sintesis hasil, serta penarikan kesimpulan terkait efektivitas asuhan dan respons pasien. Lebih dari sekadar penilaian akhir, evaluasi berfungsi sebagai mekanisme pengawasan kontinu untuk memantau perkembangan kondisi pasien, mengevaluasi respons terhadap tindakan, dan mengidentifikasi pergeseran kebutuhan perawatan secara berkala (Ekaputri, 2024).

C. Metode Penelitian

1. Jenis, Rancangan Penelitian dan Pendekatan

Desain penelitian ini menggunakan metode Studi Kasus. Studi Kasus tersebut dilaksanakan dengan pendekatan asuhan keperawatan yang secara komprehensif menggambarkan pelayanan keperawatan terhadap pasien *Post Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) di RS Permata Bunda Purwodadi. Deskripsi penelitian mencakup data pengkajian, perencanaan, pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Klien dengan penerapan terapi *Massage Effleurage*, serta evaluasi yang disajikan melalui catatan perkembangan. Catatan tersebut menggambarkan perkembangan Klien sejak awal pemberian asuhan keperawatan oleh peneliti hingga tahap terakhir pelaksanaan asuhan.

2. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah pasien dengan kriteria:

Pasien *post partum Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).

Jumlah subjek penelitian terdiri dari 1 pasien diberikan terapi non farmakologis dengan *Massage Effleurage* yang dilakukan selama 3 hari untuk menilai efek intervensi *Massage Effleurage* pada ibu *post partum Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

3. Waktu dan Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di RS Permata Bunda Purwodadi, penelitian akan dilakukan pada bulan desember 2025, *Massage Effleurage* dilakukan selama 3 hari.

4. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data disusun dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan yang telah ditetapkan oleh Program Studi DIII Keperawatan Universitas An Nuur.

SOP Massage Effleurage

NO	Tindakan	Keterangan
A FASE PRAINTERAKSI		
1	Melakukan pengecekan serta konfirmasi pada catatan rekam medis/instruksi medis pasien.	
2	Persiapan alat: a. <i>Baby oil</i> b. Tisu c. Handuk mandi d. Bantal dan guling e. Selimut	
B FASE ORIENTASI		
1	Membuka komunikasi dengan salam, memperkenalkan identitas diri, lalu melakukan validasi ulang data pasien secara teliti.	
2	Memaparkan maksud serta tahapan tindakan yang hendak dilakukan, memberi ruang bagi pasien untuk mengajukan pertanyaan, dan memberikan penjelasan atas pertanyaan tersebut.	
3	Mendekatkan dan menata peralatan agar mudah dijangkau saat tindakan.	
4	Memastikan pencahayaan cukup serta sirkulasi udara di dalam ruangan baik.	
5	Membantu mengatur posisi tubuh pasien hingga merasa tenang dan rileks.	
C FASE KERJA		
1	Memberitahukan kepada pasien bahwa tindakan pemijatan akan segera dilaksanakan.	

2	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) pasien sebelum tindakan pemijatan area punggung dimulai.
3	Membantu pasien mengatur posisi tubuh yang nyaman, baik berbaring miring ke arah kiri maupun duduk tegak (jika memungkinkan).
4	Memandu pasien melakukan teknik napas dalam melalui hidung dan mengeluarkannya secara perlahan lewat mulut sampai merasa santai.
5	Menuangkan <i>baby oil</i> secukupnya ke telapak tangan, lalu mengusap kedua tangan sampai terasa hangat.
6	Letakkan kedua telapak tangan pada area punggung pasien dan mengawalinya dengan usapan lembut.
7	Mengusap punggung membentuk pola kupu-kupu menggunakan telapak tangan, dilanjutkan gerakan melingkar kecil dengan ibu jari pada area punggung bawah. Usapan diarahkan perlahan menuju ke atas dan samping, disertai penekanan terukur yang difokuskan ke arah atas.
D FASE TERMINASI	
1	Membersihkan sisa minyak pada punggung Klien menggunakan handuk.
2	Merapikan Klien ke posisi semula.
3	Memberitahu bahwa tindakan telah selesai.
4	Merapikan alat-alat yang telah digunakan.

Sumber: (Benjamin, 2020)

5. Metode Pengambilan Data

Dalam penelitian ini, metode pengambilan data dilakukan guna memperoleh informasi yang akurat dan relevan mengenai kondisi pasien *Post Sectio Caesarea*, serta untuk menilai efektivitas intervensi *massage effleurage* terhadap upaya mengurangi nyeri pada ibu *Post Sectio Caesarea* dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD). Metode pengumpulan data mencakup:

a. Data Primer

1) Wawancara

Wawancara merupakan suatu bentuk percakapan yang bertujuan spesifik. Percakapan ini melibatkan dua pihak, yaitu pewawancara yang bertugas mengajukan pertanyaan, dan narasumber yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Dalam penelitian ini, teknik wawancara yang digunakan adalah wawancara terstruktur, di mana pertanyaan-pertanyaan disusun secara sistematis dan diajukan sesuai dengan urutan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan wawancara difokuskan pada pasien pasca *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) yang dirawat di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi.

2) Observasi

Observasi merupakan aktivitas pengamatan terhadap objek penelitian, baik secara langsung maupun tidak langsung,

untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian. Metode ini digunakan agar peneliti dapat secara langsung melihat dan menganalisis kondisi yang terjadi di lapangan, sehingga memperoleh pemahaman komprehensif terhadap permasalahan yang dikaji. Pada penelitian ini, observasi dilakukan secara langsung, di mana peneliti mengamati dan melaksanakan tindakan pada pasien pasca *Sectio Caesarea* (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) di Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi.

b. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari hasil analisis rekam medis pasien untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam serta gambaran lengkap mengenai latar belakang kesehatan pasien dan membantu dalam mendukung pengkajian serta penentuan diagnosis keperawatan.

6. Fokus Studi

Penelitian ini berfokus pada pemberian intervensi *Massage Effleurage* terhadap nyeri *Post Sectio Caesarea* (SC) indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) di RS Permata Bunda Purwodadi.

7. Pengolahan dan Analisa Data

Dilakukan dengan metode analisa deskriptif dengan menjelaskan hasil pengimplementasian *Massage Effleurage* pada ibu *Post Sectio*

Caesarea (SC) dengan indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) di RS Permata Bunda Purwodadi.

8. Etika Penelitian

a. *Informed Consent*

Informed consent merupakan persetujuan tindakan medis yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah menerima penjelasan lengkap mengenai prosedur medis dilakukan, termasuk manfaat, risiko, dan alternatifnya.

b. *Anonymity*

Anonymity adalah sebuah prinsip etika dimana identitas seorang pasien penelitian sama sekali tidak diketahui dan tidak terpapar dalam publikasi atau laporan penelitian.

c. *Confidentiality*

Confidentiality adalah sebuah prinsip etika dan praktik di mana peneliti yang mengumpulkan data dari pasien mengetahui identitas pasien tersebut, namun berjanji dan mengambil langkah untuk tidak mengungkap, menyebarkan, atau menghubungkan identitas partisipan tersebut dengan informasi/data yang mereka berikan.