

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. *Sectio Caesarea* (SC)

a. Definisi SC

SC merupakan tindakan prosedur bedah yang dilakukan untuk melahirkan bayi dengan cara membuat sayatan pada dinding rahim melalui abdomen, yang juga dikenal sebagai histerotomi untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim (Septiana & Sapitri, 2023).

SC adalah prosedur bedah yang dilakukan oleh dokter spesialis bedah dan dokter kandungan, di mana pembedahan dilakukan diperut ibu untuk membuat jalan keluarnya bayi. Prosedur ini dipilih ketika persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan biasanya ada gangguan pada kesehatan ibu atau bayi, beberapa persyaratan untuk operasi ini adalah rahim harus dalam kondisi utuh dan berat janin tidak boleh kurang dari 500 gram (Septiana & Sapitri, 2023). Salah satu pilihan tindakan medis yang dilakukan dalam situasi tertentu, di antaranya persalinan yang berlangsung lama, persalinan yang terhambat, ketuban pecah dini, janin yang besar, gangguan pada kondisi janin, dan pendarahan prenatal (Amalia *et al.*, 2023).

b. Etiologi

Menurut Prasetyni *et al.*, (2024) etiologi pada pasien SC sebagai berikut

1) Paritas

Merujuk pada jumlah persalinan yang pernah dialami oleh seorang ibu, baik yang berakhir dengan kelahiran hidup maupun mati. Ibu dengan paritas tinggi yaitu lebih dari 3 kali persalinan, memiliki risiko maternal yang lebih besar karena berpotensi mengalami gangguan endometrium.

2) Faktor usia

Ibu yang berumur dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun sangat berisiko untuk persalinan patologis sebagai indikasi persalinan sc. Kehamilan pada ibu usia dibawah 20 tahun dapat mempengaruhi tingkat kematangan fisik dan mentalnya dalam menghadapi proses persalinan, pada usia tersebut rahim dan panggul ibu belum berkembang sepenuhnya yang mengancam kesehatan dan keselamatan bayi.

3) Ketuban pecah dini (KPD)

Kondisi dimana volume air ketuban kurang dari 500 ml, mengalami penyusutan yang dapat berdampak pada gangguan pertumbuhan janin dan meningkatkan risiko janin mengalami tekanan pada dinding rahim.

4) *Cephalopelvic disproportion* (CPD)

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan CPD antara lain ukuran kepala bayi yang lebih besar dibandingkan dengan ukuran panggul ibu. Hal ini bisa terjadi pada bayi dengan berat badan yang lebih besar (makrosomia). Selain itu, panggul ibu yang sempit atau memiliki kelainan bentuk juga dapat menyebabkan kesulitan selama proses persalinan.

5) Letak sungsang

Posisi sungsang adalah merujuk pada kondisi dimana bayi dalam kandungan tidak berada dalam posisi kepala dibawah, melainkan kaki atau bokong yang berada dibawah.

6) Letak lintang

Posisi lintang merupakan kondisi dimana bayi berada diposisi melintang di dalam kandungan, bayi berada dalam posisi horizontal dengan punggungnya menghadap kesamping.

c. Tanda dan gejala

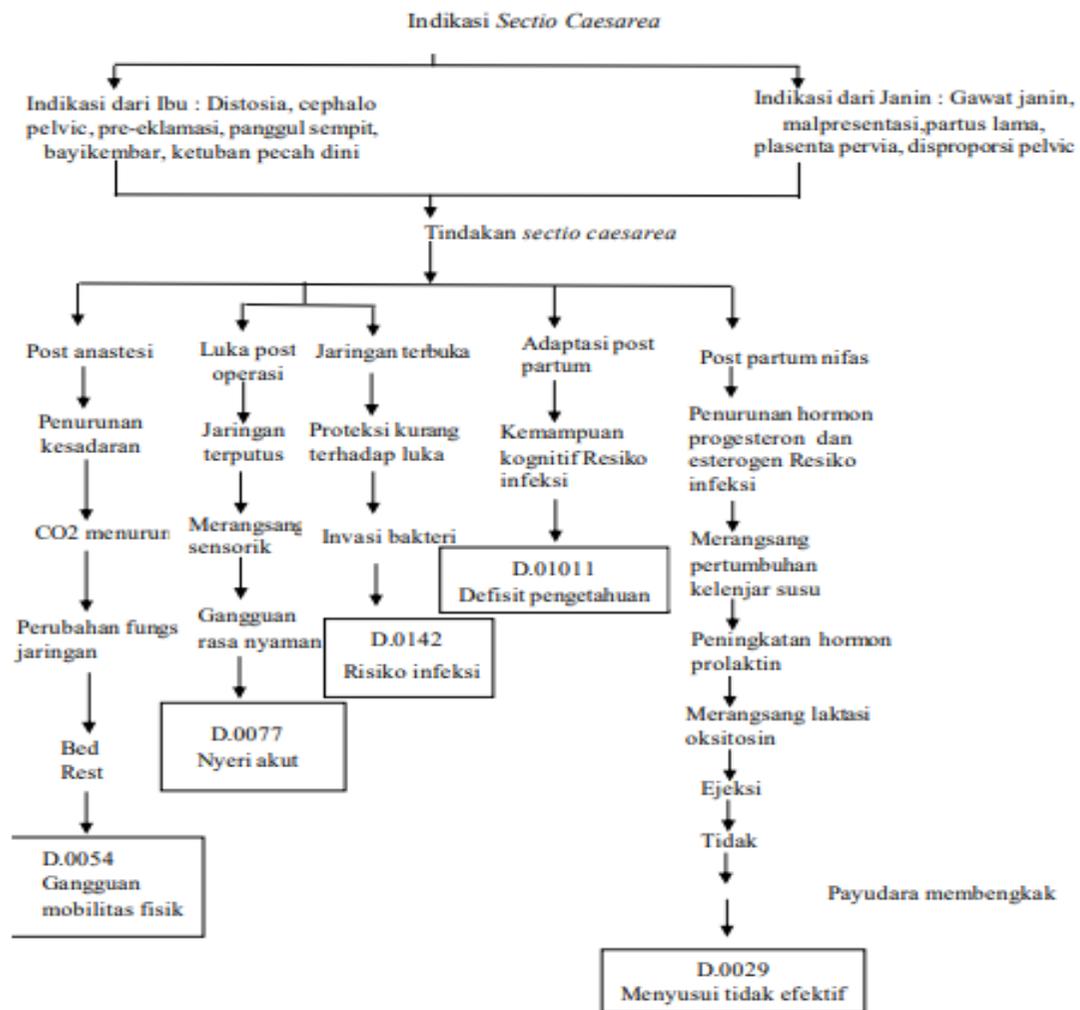
Menurut Sabella & Wulandari, (2019) manifestasi klinis SC antara lain:

- 1) Kehilangan darah selama tindakan pembedahan SC
- 2) Nyeri akibat luka setelah tindakan SC
- 3) Tidak ada pergerakan atau suara bising usus
- 4) Kesulitan untuk bergerak akibat tindakan pembedahan SC

- 5) Adanya luka insisi di abdomen yang ditutup dengan balutan yang tahan air
- 6) Aliran *lochia* (pengeluaran darah pasca persalinan) yang berlimpah dan tidak ada darah yang beku

d. Patofisiologis

Proses persalinan SC dapat mengalami beberapa hambatan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal. Beberapa faktor yang dapat menghambat persalinan tersebut antara lain plasenta previa, panggul yang sempit, posisi bayi melintang, partus lama, preeklamsia, dan posisi janin yang tidak normal. Dalam kondisi hal seperti ini, tindakan pembedahan seperti SC sering kali diperlukan. Meskipun tindakan prosedur sc dapat menyelamatkan ibu dan bayi, tetapi prosedur ini dapat menyebabkan kelumpuhan sementara dan melemahnya fisik pasien, sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas perawatan diri dengan maksimal. Pembedahan dilakukan dengan insisi pada dinding perut, yang akan menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan syaraf disekitar area insisi. Hal ini kemudian merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang dapat menyebabkan rasa nyeri. Setelah prosedur selesai, luka insisi akan ditutup namun jika tidak dirawat dengan baik, dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi atau masalah lainnya (Sabella, 2019).



Sumber: Oktaviani (2018)

Gambar 2.1 Pathway Sectio Caesarea

e. Klasifikasi

Menurut Oktaviani, (2024) beberapa jenis tindakan pembedahan SC antara lain :

1) SC *transperitonealis profunda*

Dilakukan pada insisi segmen bawah uterus. Insisi bawah rahim dengan menggunakan teknik melintang atau memanjang

2) SC *korposal*

Dilakukan dengan membuat sayatan pada korpus uteri. Prosedur ini relatif lebih mudah dibandingkan dengan jenis pembedahan lainnya, dan

umumnya hanya dilakukan jika terdapat kesulitan dalam melakukan SC transperitoneal. Insisi dilakukan secara memanjang pada segmen uterus.

3) SC *ekstra peritoneal*

Bertujuan mengurangi risiko injeksi perporal. Prosedur bedah yang dilakukan pada ibu hamil yang sebelumnya telah menjalani persalinan SC, tindakan ini melibatkan pembuatan sayatan diatas bekas sayatan sebelumnya.

4) SC histerektomi

Tindakan pembedahan dengan ketika tindakan ini akan selesai setelah bayi lahir, diikuti dengan pengangkatan rahim.

5) SC klasik

Dilakukan dengan sayatan vertikal dibagian atas rahim. Prosedur ini melibatkan tindakan berupa sayatan sepanjang 10 cm pada area yang membesar di uteri

f. Faktor risiko

Menurut Alifa, (2020) faktor risiko yang dapat terjadi pada tindakan SC antara lain:

- 1) Infeksi luka operasi
- 2) Pendarahan
- 3) Ruptur uteri
- 4) Waktu pemulihan dan penyembuhan luka lama
- 5) Nyeri pasca melahirkan akan mengganggu aktivitas

g. Komplikasi

Menurut Febrianawati *et al.*, (2023) komplikasi yang akan terjadi pada tindakan pembedahan SC antara lain:

- 1) Pendarahan karena *antonia uteri*
- 2) Kesulitan mengeluarkan plasenta
- 3) Infeksi pada alat kelamin, daerah insisi, dan saluran kandung kemih

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien SC menurut Balkis & Sukyati (2023).

1) Pemberian cairan dan diet

Pemberian cairan intravena sangat diperlukan selama 6 jam pertama setelah prosedur operasi, terutama untuk mencegah terjadinya hipotermi, dehidrasi. Cairan yang diberikan harus cukup banyak dan mengandung elektrolit yang diperlukan untuk menjaga keseimbangan tubuh. Cairan yang biasanya diberikan ialah D10%, ringer laktat dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasiennya.

2) Ambulasi dini

Dalam 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tetap berbaring. Selama itu pasien hanya diperbolehkan menggerakkan leher, tangan, dan menggeser kaki. Setelah 6 jam, pasien boleh miring kanan dan kekiri dan selanjutnya pasien dapat diposisikan setengah duduk atau bersandar.

3) Perawatan luka

Luka insisi harus diperiksa setiap hari, dan jika jahitan menunjukkan tanda-tanda basah atau berdarah, balutan tersebut harus segera diganti dengan perban anti air. Perawatan luka juga perlu dilakukan secara rutin dengan menerapkan prinsip steril untuk mencegah terjadinya infeksi.

4) Perawatan perineum atau pulva hygiene

Setelah buang air kecil atau besar, area genital harus dibersihkan secara rutin. Saat mengganti pembalut, pastikan bagian dalam tidak terkontaminasi oleh tangan, pembalut yang sudah penuh harus diganti setidaknya 4 kali dalam sehari.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien post SC yaitu: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, konstipasi, ansietas, dan risiko infeksi (Sabella & Wulandari, 2019).

B. Konsep nyeri

1. Pengertian nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik yang bersifat multi dimensi, dengan intensitas yang bervariasi mulai dari yang ringan, sedang, hingga berat. Nyeri dapat dirasakan dengan kualitas yang berbeda seperti tumpul, terbakar, tersayat- sayat, tertusuk – tusuk, serta dapat menyebar secara dalam dengan

durasi yang bersifat sementara atau terus – terusan, tergantung pada kondisi tertentu (Muda, 2024).

2. Penyebab terjadinya nyeri

Menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) penyebab yang sering terjadi dibagi menjadi 2 nyeri antara lain:

Nyeri akut

- a. Agen pencedera fisiologis (misal.inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbalak, prosedur operasi, dan latihan fisik yang berlebihan)

Nyeri kronis

- a. Kondisi muskuloskeletal kronis
- b. Kerusakan sistem syaraf
- c. Penekanan syaraf
- d. Infiltrasi tumor
- e. Gangguan imunitas (misal neuropati terkait HIV)

3. Dampak nyeri

Dampak yang paling banyak oleh ibu post op SC adalah *impaired*. *Impaired* adalah suatu kondisi terjadinya nyeri akut pada lokasi operasi, kondisi mengakibatkan ketakutan saat mobilisasi, pola tidur terganggu. Manajemen nyeri menjadi hal yang penting untuk membantu pasien beradaptasi dengan nyeri yang muncul setelah tindakan post op SC (Santoso *et al.*, 2022).

4. Tanda dan gejala

Menurut Muda (2024) tanda dan gejala yang sering terjadi di nyeri antara lain:

- a. Terdapat suara seperti merintih, menarik napas, menghembuskan napas
- b. Tampak meringis kesakitan
- c. Tampak gelisah, tidak nyaman, berposisi menghindari nyeri
- d. Kesulitan untuk tidur

5. Klasifikasi

Menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017) klasifikasi dibagi menjadi dua yaitu:

a. Nyeri akut

Pengalaman sensorik atau emosional yang terjadi akibat kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan munculnya yang bisa terjadi tiba-tiba atau perlahan, serta tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat yang berlangsung selama kurang dari 3 bulan.

b. Nyeri kronis

Pengalaman sensorik atau emosional yang terjadi akibat kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan munculnya yang bisa terjadi tiba-tiba atau perlahan, serta tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan.

6. Penatalaksanaan nyeri menurut Febiantri & Machmudah (2021).

Penatalaksanaan farmakologi dengan penggunaan obat analgesik, rasa nyerinya berkurang dengan waktu yang cepat, tetapi ada efek samping jika dipergunakan dengan waktu lama akan mengganggu ginjal (Salamah & Astuti, 2022). Sedangkan penatalaksanaan non farmakologi rasa nyerinya berkurang dengan cara bertahap dan tidak ada efek sampingnya (Kuswandini *et al.*, 2019).

a. Penatalaksanaan farmakologi

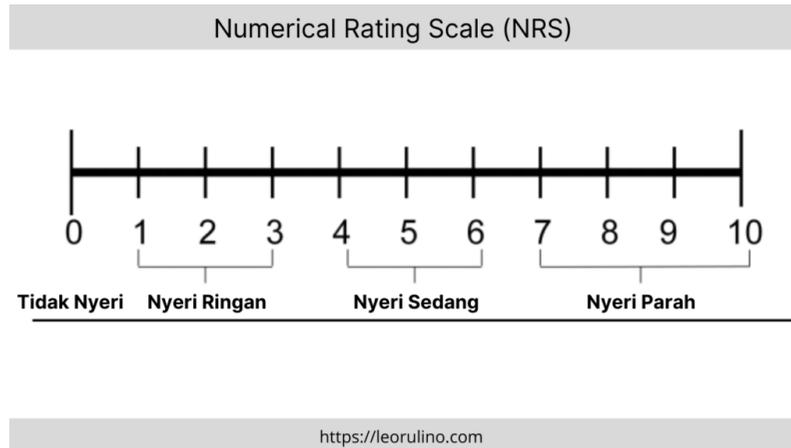
Melibatkan penggunaan obat-obat analgesik, seperti morphine, obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID) dan lain-lain.

b. Penatalaksanaan nonfarmakologi

Teknik nafas dalam, terapi *guided imagery*, terapi distraksi melalui musik, penggunaan ekstrak lavender, dan *foot massage*.

7. Pengukuran nyeri

Menurut Muda (2024) skala penilaian nyeri numerik, *Numerical Rating Scale* (NRS) skala yang digunakan untuk menilai intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik dianggap efektif karena kesederhanaannya, skala ini lebih baik untuk menilai nyeri akut. Klien diminta untuk menilai skala nyeri menggunakan skala 1-10.



Gambar 2.2 Pengukuran Skala Nyeri

Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1 - 3	Nyeri ringan
Skala 4-6	nyeri sedang dan mengganggu, memerlukan usaha untuk untuk menahan
Skala 7-10	nyeri parah atau berat dan sangat mengganggu, tidak dapat ditahan, dapat disertai meringis, menangis, menjerit, bahkan sampe teriak.

C. Konsep *foot massage*

1. Pengertian *foot massage*

Foot massage adalah sebuah teknik pijat yang terstruktur dan teratur, dilakukan melalui sentuhan yang melibatkan manipulasi jaringan lunak di tubuh dengan tujuan untuk meningkatkan kenyamanan, serta mengurangi rasa nyeri. Stimulasi pada serabut syaraf dikaki akan memicu produksi hormon endorfin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit. Kaki memiliki sejumlah besar reseptor nyeri, dengan setiap ekstremitas mengandung lebih dari 7.000 syaraf ujung, menjadikannya area yang efektif untuk pengurangan rasa sakit atau nyeri, termasuk setelah prosedur SC (Sindi & Syahruramdhani, 2023).

2. Indikasi dan kontra indikasi *foot massage* (Sari & Rumhaeni, 2020).

Indikasi

- a. Mengurangi nyeri
- b. Mengurangi kecemasan

Kontra indikasi

- a. Terjadinya pembengkakan dikaki
- b. Adanya pemasangan intravena kateter dikaki
- c. Adanya luka dikaki

3. Manfaat *foot massage*

Foot massage memiliki manfaat dalam memperlancar sirkulasi darah ketubuh, terutama pada area pijat. Teknik pijat ini juga membanu mengurangi rasa sakit atau nyeri dan kelelahan pasca operasi, serta merangsang pelepasan hormon endorfin yang dapat meningkatkan suasana hati, memberikan rasa tenang, kenyamanan, dan membantu merelaksasi tubuh (Salamah & Astuti, 2022).

4. Pengaruh *foot massage*

Teknik *foot massage*, seperti pijat *petrissage*, *effleurage*, dan *vibration*, dapat merangsang nervus A-Beta yang terletak dikaki dan lapisan kulit, yang mengandung reseptor dan taktil. Ketika reseptor ini menerima stimulus, sinyal tersebut akan dikirim ke sistem syaraf pusat (SSP). Pada proses ini, sistem kontrol gate akan diaktifkan melalui interneuron, jika rangsangan interneuron dihambat yang ketika distimulasi dapat menutup gerbang kontrol. Akibatnya rasa nyeri yang diteruskan ke otak tidak dapat diterima atau diproses, sehingga nyeri tersebut tidak dapat dirasakan (Salamah & Astuti, 2022).

5. Frekuensi *foot massage*

Teknik *foot massage* terbukti efektif apabila dilakukan 5 hingga 20 menit, dengan frekuensi 1 hingga 2 kali sehari. Beberapa penelitian mendukung peneltian ini bahwa *foot massage* selama 20 menit dalam 3 hari dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien setelah tindakan operasi abdomen atau SC (Sindi & Syahruramdhani, 2023).

6. Prosedur pemberian *foot massage* (Utami, 2023).

Prosedur pemberian *foot massage* pada pasien post SC pada tabel dibawah ini

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur *Foot Massage*

NO	SUBJUDUL	PENJELASAN
1	Pengertian	<i>Foot massage</i> adalah gerakan memijat yang dilakukan dengan penekanan pada tempat yang spesifik seperti pemijatan pada area kaki yang membuat terjadinya aliran energi melalui titik kaki yang dilakukan pemijatan sehingga dapat mengatasi nyeri pada ibu post SC
2	Tujuan	Untuk mengurangi rasa nyeri
3	Waktu	20 menit
4	Alat dan bahan	Minyak zaitun
5	Tahap pra interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan alat
6	Tahap interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Melakukan validasi 3. Menanyakan keluhan pasien 4. Mengkaji nyeri menggunakan pengukuran nyeri <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i> 5. Menjelaskan tujuan tindakan 6. Kontrak waktu 7. Menjaga privasi pasien
7	Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil posisi menghadap kaki klien 2. Tuangkan minyak zaitun kedua tangan yang cukup 3. Letakan tangan kita sedikit diatas tulang kering usap secara perlahan dan tekanannya ringan menggunakan ibu jari menuju keatas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan <i>efflurage</i>  <p>Teknik <i>effleuarge</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kedua yaitu memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki degan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluar kaki menggunakan teknik <i>petrissage</i>  <p>Teknik <i>petrissage</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Teknik <i>friction</i> adalah tangkupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, kemudian perawat menggosok

		<p>area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam kesisi luar kaki</p>  <p>Teknik <i>friction</i></p> <p>6. Pegang telapak kaki kemudian menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik <i>tapotement</i></p>  <p>Teknik <i>tapotement</i></p> <p>7. Rilekskan kaki dan ibu jari dengan gerakan maju, mundur, atau kedepan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut menggunakan <i>vibration</i>, teknik akan membuat efek kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.</p>  <p>Teknik <i>vibration</i></p> <p>8. Cubit/tekan sela jari dengan menjepit ibu jari dan telunjuk, lalu tekan selama 10 detik</p> <p>9. Perlahan – lahan terapkan teknik menarik jari – jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran</p> <p>10. Pijat telapak kaki bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan teknik memutar searah jarum jam</p> <p>11. Fokuskan pemijatan telapak kaki dibagian tengah telapak kaki karena pada bagian tersebutlah terdapat titik pusat syaraf pada perut</p> <p>12. Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari dibagian telapak kaki bawah membuat beberapa baris pijatan.</p> 
8	Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi keadaan pasien 2. Mengkaji nyeri menggunakan pengukuran nyeri <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i> 3. Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya 4. Mencuci tangan

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan (Alifa, 2020). Berikut ini pengkajian dengan post SC :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, tempat tanggal lahir, status perkawinan, suku, alamat, pendidikan terakhir, umur, pekerjaan, dan identitas penanggung jawab.

b. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen bawah pada luka post op SC.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang pengkajian yang dilakukan untuk menentukan sebab dilakukannya SC. Pada pasien post SC akan mengalami nyeri akibat oleh luka hasil bedah, adanya luka insisi dibagian abdomen, aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebih.

P: Nyeri karena adanya luka sayatan post op SC

Q: Nyeri seperti disayat atau tertusuk-tusuk

R: Nyeri pada daerah jahitan (diatas simpisis pubis)

S: Nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10)

T: Nyeri hilang timbul

d. Riwayat kesehatan lalu

Apakah pasien ada riwayat SC sebelumnya, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, apakah pasien pernah memiliki penyakit yang sama.

e. Riwayat penyakit keluarga

Pada pengkajian ini biasanya perawat menanyakan apakah pasien mempunyai penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, hipertensi, diabetes melitus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien.

f. Pemeriksaan fisik

1) Mata, konjungtiva normalnya berwarna merah muda dan sklera normalnya berwarna putih.

2) Abdomen terdapat bekas luka pasca SC serta nyeri tekan disekitar luka.

3) Ekstremitas, pada pasien pasca SC seringkali timbul nyeri dan dapat menyebabkan kelemahan otot pada ekstremitas, sehingga pasien sulit untuk bergerak atau melakukan aktivitas fisik.

4) Tanda tanda vital

a) Suhu

Nyeri yang disebabkan oleh peradangan dapat meningkatkan suhu tubuh. Nyeri dapat meningkatkan metabolisme tubuh juga dapat terjadinya peningkatan suhu tubuh. Pada 24 jam pertama melahirkan, suhu tubuh ibu dapat sedikit meningkat (37,5-38 derajat celsius) akibat kehilangan cairan dan kelelahan. Jika kondisi normal, suhu tubuh akan kembali normal.

b) Nadi

Nyeri dapat mengaktifkan saraf simpatik, yang bertanggung jawab untuk merespons "lawan atau lari" ini dapat meningkatkan nadi.

c) Tekanan darah

Nyeri dapat menyebabkan peningkatan resistensi pembuluh darah dan nyeri dapat memicu respon stres pada tubuh yang menyebabkan pelepasan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol ini dapat meningkatkan tekanan darah. Tekanan darah umumnya tidak mengalami perubahan. Namun, tekanan darah bisa lebih rendah setelah melahirkan karena pendarahan.

d) Pernapasan

Kondisi pernapasan biasanya terkait dengan suhu tubuh dan denyut nadi. Bila suhu tubuh atau denyut nadi tidak normal, pernapasan juga akan terpengaruh kecuali ada gangguan spesifik pada saluran pernapasan. Jika pernapasan meningkat setelah melahirkan, ini bisa menunjukkan tanda – tanda syok.

g. Pola istirahat dan tidur

Pada pasien post SC biasanya pasien akan mengalami kesulitan tidur dikarenakan rasa nyeri akibat luka bekas operasi SC.

h. Pola kognitif dan persepsi

Proses adaptasi psikologis pasien terdiri dari 3 fase. Fase pertama yaitu fase *taking in* berlangsung selama 45 jam pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan dimana klien berada dalam tahap ketergantungan. Pada fase ini ibu lebih fokus pada dirinya sendiri dan cenderung bersikap pasif terhadap lingkungan sekitarnya. Fase kedua adalah *taking hold* yang berlangsung dari hari ke 3 hingga hari ke 10, di mana pasien mulai merasa khawatir tentang kemampuan merawat bayi dan mungkin mengalami perasaan sedih yang dikenal dengan *baby blues*. Fase ketiga *letting go* terjadi dari hari ke 10 hingga akhir masa nifas, dimana pasien mulai merasa lebih percaya diri dalam merawat diri dan bayinya.

i. Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin (Hb) untuk memantau anemia atau pendarahan pasca operasi, hematokrit (Ht) untuk memantau volume darah dan kemungkinan perdarahan, leukosit untuk memantau kemungkinan adanya infeksi, trombosit untuk memantau kemungkinan gangguan pembekuan darah.

2. Perencanaan Keperawatan

Tindakan Keperawatan adalah perilaku atau aktivitas khusus yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI 2018).

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan luka post op SC (D.0007)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan (L.08066) 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 2. Identifikasi respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup

	4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Perasaan depresi menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Perineum terasa tertekan menurun	7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teraupetik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, kompres hangat atau dingin dan <i>foot massage</i>) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	--

Penelitian yang dilakukan Sindi & Syahruramdhani (2023), *foot massage* merupakan teknik sentuhan yang dilakukan secara sistematis dan berirama, melibatkan berbagai gerakan manipulatif pada jaringan lunak tubuh untuk memberikan rasa nyaman, meningkatkan kesejahteraan, serta membantu meredakan nyeri. Stimulasi saraf di area kaki dapat memicu pelepasan hormon endorfin yang berfungsi sebagai analgesik alami. Kaki mengandung banyak reseptor nyeri, dengan lebih dari 7.000 ujung saraf di tiap ekstremitas, sehingga tindakan *foot massage* berpotensi efektif dalam mengurangi rasa sakit dan kelelahan, terutama setelah tindakan sectio caesarea. Pasien diberikan terapi *foot massage* selama 3 hari dengan durasi 20 menit, masing-masing 10 menit pada setiap kaki. Penulis memastikan kondisi ruangan nyaman dan tenang. Selain itu, penulis juga mengajak keluarga pasien untuk melihat tindakan terapi *foot massage* kepada pasien, sehingga keluarga pasien dapat melakukan terapi *foot massage* secara mandiri di rumah pada saat pasien sudah pulang. Pada hari

1, skala nyeri sebelum diberikan intervensi foot massage yaitu 6, setelah diberikan intervensi skala nyeri menurun menjadi 5. Pada hari ke 2, skala nyeri sebelum diberikan intervensi yaitu 4, setelah diberikan intervensi skala nyeri menurun menjadi 2. Pada hari ke 3, skala nyeri sebelum diberikan intervensi yaitu 2, setelah diberikan intervensi skala nyeri menurun menjadi 1.

Penelitian yang dilakukan Hidayah & Widayani (2023), *foot massage* merupakan salah satu teknik yang mampu membantu meningkatkan mobilitas berbagai struktur otot dan jaringan bawah kulit dengan cara memberikan tekanan mekanis pada jaringan tersebut. Teknik ini berfungsi untuk memperlancar aliran getah bening serta aliran balik vena, mengurangi edema, dan membantu pergerakan serat otot, tendon, serta kulit. Oleh karena itu, terapi ini efektif dalam memberikan relaksasi otot, meredakan nyeri, dan mempercepat proses pemulihan pascaoperasi.

Sebelum terapi dilakukan, klien mengeluhkan nyeri dengan intensitas sedang, khususnya saat berpindah posisi, bersin, atau batuk. Setelah dilakukan intervensi berupa *foot massage*, dalam rentang waktu sekitar 60 hingga 90 menit setelah pemijatan, tingkat nyeri yang dirasakan menurun menjadi ringan. Hal ini menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri setelah pemberian terapi foot massage. Pasien pasca operasi sectio caesarea yang mendapatkan tindakan *foot massage* menunjukkan penurunan tingkat nyeri, meskipun nyeri tidak hilang sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena luka operasi SC melibatkan sayatan yang menembus dari lapisan kulit perut hingga ke rahim, sehingga proses penyembuhannya berlangsung secara bertahap dan masih menimbulkan rasa nyeri (Hidayah & Widayani, 2023).

Menurut penelitian yang dilakukan Savitri *et al* (2023), *foot massage* dapat menstimulasi impuls bioelektrik pada organ-organ tubuh tertentu, yang kemudian menghasilkan efek relaksasi dengan memengaruhi hormon-hormon tertentu dan memperlancar sirkulasi darah. Implementasi dilakukan oleh peneliti selama 2 hari. Lima jam setelah pemberian analgetik kemudian peneliti melakukan foot massage dengan durasi 20 menit. Pada hari pertama

dilakukannya *foot massage* pasien mengatakan nyerinya sedikit berkurang tidak seperti sebelum di *massage*. Kemudian pada hari kedua responden mengatakan nyerinya jauh berkurang dan lebih baik daripada hari pertama post operasi. Pada responden setelah dilakukan *foot massage* peneliti melakukan evaluasi pada hari kedua dan didapatkan skala nyeri klien mengalami penurunan menjadi skala 4 yang sebelum dilakukan *foot massage* nyeri klien berada di skala 6.

3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan. Pada dasarnya, evaluasi melibatkan perbandingan antara kondisi pasien saat ini dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan terdiri dari 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu: subjektif (respon verbal pasien terhadap tindakan), objektif (respon nonverbal yang dihasilkan dari tindakan dan data pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah yang ada, apakah masih ada, berkurang, atau muncul masalah baru), dan perencanaan (tindak lanjut yang akan dilakukan berdasarkan analisis respon pasien (Oktaviani, 2024).

Pada saat setelah melakukan tindakan *foot massage* selama 20 menit dengan minyak zaitun, menanyakan bagaimana perasaan klien setelah diberikan *foot massage*, dan menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukan pemberian *foot massage*. Beberapa penelitian mendukung penelitian ini bahwa *foot massage* dilakukan 1-2 kali dalam sehari selama 20 menit dalam 2-3 hari dapat mengurangi intensitas nyeri pada pasien setelah tindakan post op SC (Anastasia & Anjar, 2023).