

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA*
POD 1 ATAS INDIKASI *FETAL DISTRESS* PADA NY. V DENGAN
MANAJEMEN NYERI : TEKNIK *FOOT MESSAGE* DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

SELLY LATIFAH, S.Kep

KHGD22039



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL :ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI *FETAL DISTRESS* PADA NY. V DENGAN MANAJEMEN NYERI : TEKNIK *FOOT MESSAGE* DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT

NAMA : SELLY LATIFAH, S.Kep

NIM : KHGD22039

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Diatas Layak Untuk Melaksanakan Sidang Akhir

Karya Ilmiah Akhir Ners,

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, Juli 2023**

**Selly Latifah¹, K. Dewi Budiarti²
¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
²Dosen STIKes Karsa Husada Garut**

ABSTRAK

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA
POD 1 ATAS INDIKASI FETAL DISTRESS PADA NY. V DENGAN
MANAJEMEN NYERI : TEKNIK FOOT MESSAGE DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD Dr. SLAMET GARUT**

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus Ibu. Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan Ibu atau kondisi janin (Ayuningtyas dkk.,2018). Persalinan secara sectio caesarea dapat memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu post operasi, ibu akan mengalami rasa nyeri. Penanganan nyeri dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala yang muncul. Studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai penerapan teknik foot message sebagai intervensi manajemen nyeri, manfaat dari foot message dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorphin. Adapun metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan melakukan anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan medis. Hasil studi kasus pada pasien post sectio caesarea didapatkan data subjektif dan objektif penulis mendapatkan masalah keperawatan nyeri akut dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri dengan skala 6 (0-10) di ruangan Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Sehingga dapat disimpulkan adanya pengaruh foot message terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea di ruangan Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Perawat dapat mengaplikasikan *foot massage* pada pasien *post sectio caesarea* sebagai intervensi untuk mengurangi nyeri di ruangan Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Kata Kunci : *Foot message, Nyeri akut, Post sectio caesarea*

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
Garut, July 2023
Selly Latifah¹, K. Dewi Budiarti²
¹Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut
²Dosen STIKes Karsa Husada Garut**

ABSTRACT

**POST SECTIO CAESAREA NURSING CARE ANALYSIS
POD 1 ON INDICATIONS OF FETAL DISTRESS IN NY. V WITH
PAIN MANAGEMENT: FOOT MESSAGE TECHNIQUES IN THE MARJAN
BAWAH DR. SLAMET GARUT HOSPITAL**

Sectio caesarea is a surgery to deliver a fetus through an incision in the abdominal wall and uterus of the mother. Sectio caesarea is a medical action needed to help give birth that cannot be done normally due to maternal health problems or fetal conditions (Ayuningtyas et al., 2018). Cesarean delivery can have an impact on mother and baby. In postoperative mothers, the mother will experience pain. Pain management is carried out pharmacologically and non-pharmacologically with the aim of treating the pain by eliminating the symptoms that appear. This case study aims to get an idea of the application of foot message techniques as a pain management intervention, the benefits of foot messages can improve relaxed conditions in the body by triggering a feeling of comfort through the surface of the skin and reducing pain, this is because massage stimulates the body to release endorphin compounds. The method used is a descriptive case study by conducting history, observation, physical examination, and medical records. The results of the case study in post sectio caesarea patients obtained projective and objective data, the author obtained acute pain nursing problems as evidenced by clients complaining of pain on a scale of 6 (0-10) in the Marjan Bawah room of RSUD dr. Slamet Garut. So it can be concluded that there is an influence of foot messages on reducing pain intensity in post sectio caesarea patients in the Lower Marjan room of RSUD dr. Slamet Garut. Nurses can apply foot massage to post sectio caesarea patients as an intervention to reduce pain in the Lower Marjan room of RSUD dr. Slamet Garut.

Keywords : Acute pain, Foot message, Post sectio caesarea

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT serta shalawat serta salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, karena atas karunia dan hidayah-Nya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi *Fetal Distress* Pada Ny. V Dengan Manajemen Nyeri : Teknik *Foot Massage* Di Ruang Marjan Bawah Rsud Dr. Slamet Garut”.

Dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ners ini tidak terlepas dari berbagai hambatan. Namun berkat dorongan do'a, bantuan, serta bimbingan dari semua pihak yang telah membantu, sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada mereka yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, khususnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. Suryadi M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H.Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi., S.Kep.,Ns.,M.Kep , selaku ketua Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut yang telah banyak membantu, mengarahkan peneliti dalam menjalani studi di program studi Profesi Ners.

5. Ibu K. Dewi Budiarti., M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu memberikan bimbingan, arahan, saran-saran, motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.
6. Seluruh staff Dosen dan karyawan Program Studi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut.
7. Kedua orang tua saya Bapak Usep dan Ibu Teti Holimah dan kakak-kakak tercinta serta keponakan tercinta (Masripah Yuni S., S.Pd, Aip Nurjaman, Ivana Putri N Dan Elfatih Putra N) yang menjadi *support system* penyemangat terbesar bagi penulis yang tidak pernah berhenti memberikan do'a, serta dorongan baik moril maupun materil bagi penulis.
8. Keluarga besar Bapak Obin serta keluarga besar Alm. Bapak Sarif yang selalu mendukung dan memberikan do'a serta dorongan baik moril maupun materil kepada penulis.
9. Teman-teman seperjuangan mahasiswa dan mahasiswi Profesi Ners STIKes Karsa Husada Garut angkatan 2023.

Semoga Allah SWT senantiasa memberkahi serta membalas atas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari sempurna. Hal ini tidak terlepas dari keterbatasan, pengalaman, serta pengetahuan yang penulis miliki. Namun meskipun demikian, penulis mengharapkan hasil analisis asuhan keperawatan ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Manfaat.....	6
1.3.1 Manfaat Teoritis	6
1.3.2 Manfaat Praktis	6
1.4 Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Fetal Distress	9
2.1.1 Definisi Fetal distress.....	9
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Patofisiologi	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Penatalaksanaan Fetal Distress	12

2.2	Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	13
2.2.1	Pengertian Sectio caesarea.....	13
2.2.2	Etiologi Sectio caesarea.....	13
2.2.3	Patofisiologi Section Caesarea.....	15
2.2.4	Komplikasi Section Caesarea.....	18
2.2.5	Jenis – Jenis Operasi Sectio Caesarea.....	19
2.2.6	Risiko Sectio caesarea.....	20
2.2.7	Jenis Anastesi Yang Digunakan.....	20
2.2.8	Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Ibu Post Partum.....	22
2.2.9	Penatalaksanaan Post Operasi Sectio caesarea.....	23
2.3	Konesp Asuhan Keperawatan.....	25
2.3.1	Pengkajian.....	25
2.3.2	Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul.....	39
2.3.3	Intervensi Keperawatan.....	41
2.3.4	Implementasi Keperawatan.....	53
2.3.5	Evaluasi Keperawatan.....	53
2.4	Konsep Foot Massage.....	55
2.4.1	Definisi Foot massage.....	55
2.4.2	Manfaat Foot massage.....	55
2.4.3	Tujuan Foot massage.....	56
2.4.4	SOP Foot massage.....	56
2.5	Konsep <i>Evidence Base Practice</i> (EBP).....	59
2.5.1	Pengertian EBP.....	59
2.5.2	Tujuan EBP.....	60
2.5.3	Langkah Dalam Pembuatan EBP.....	60
2.5.4	Analisa Jurnal Terkait.....	62

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	65
3.1. Tinjauan Kasus	65
3.1.1 Pengkajian	65
3.1.1.1 Identitas Pasien	65
3.1.1.2 Identitas penanggung jawab.....	65
3.1.2 Riwayat Kesehatan	66
3.1.2.1 Keluhan Utama Saat Dikaji	66
3.1.2.2 Riwayat Kesehatan Sekarang.....	66
3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Dahulu.....	66
3.1.2.4 Riwayat Kesehatan Keluarga	67
3.1.2.5 Riwayat Obstetri Ginekologi	67
3.1.2.6 Riwayat Psikososial Spiritual	69
3.1.2.7 Riwayat Activity Daily Living (ADL).....	72
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	74
3.1.4 Pemeriksaan Diagnostik	80
3.1.5 Therapy Obat	81
3.1.6 Analisa Data	82
3.1.7 Diagnosa Keperawatan.....	83
3.1.8 Perencanaan Keperawatan	85
3.1.9 Implementasi Keperawatan	88
3.1.10 Evaluasi	99
3.2 Pembahasan	102
3.2.1 Analisis Pembahasan Tahapan Proses Keperawatan	102
3.2.2 Analisis Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)	117
3.2.3 Pembahasan Evidence Based Practice	120

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	124
4.1 Kesimpulan.....	124
4.2 Saran.....	125
4.2.1 Rumah Sakit.....	125
4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi.....	125
4.2.3 Mahasiswa Penulis.....	125

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	35
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	41
Table 2.3 Format PICOT/PICOS	61
Tabel 3.1 Activity Daily Living (ADL)	72
Tabel 3.2 Pemeriksaan laboratorium	80
Tabel 3.3 Terapi Obat	81
Tabel 3.4 Analisa Data	82
Table 3.5 Perencanaan Keperawatan	85
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	88
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	99
Bagan 3.8 Hasil Analisa Jurnal	117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Genogram	61
---------------------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Section Caesarea	17
Bagan 2.4 Diagram Seleksi Artikel/Jurnal	61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. SOP Relaksasi Otot Progresif

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio caesarea adalah persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di dalam rahim (histerotomi) (Sung and Mahdy, 2020). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus Ibu. *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan Ibu atau kondisi janin (Ayuningtyas dkk.,2018). Pada tahun 2015, diperkirakan 303.000 Ibu meninggal selama kehamilan dan persalinan. Hampir semua kematian Ibu sebesar 95% terjadi di negara yang memiliki penghasilan rendah dan menengah ke bawah (*World Health Organization*, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO), menyatakan standar dilakukan operasi *Sectio caesarea* (SC) sekitar 5-15%. Persalinan *sectio caesarea* pada saat ini banyak dipilih oleh pasien. Berdasarkan data WHO tahun 2018 kejadian *post sectio caesarea* sebanyak 55%. Sedangkan di Indonesia menurut RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan angka persalinan *sectio caesarea* sebanyak 15,3% persalinan. Indikasi dilakukannya persalinan SC antara lain yaitu karena letak bayi yang lintang, ibu dengan gangguan hipertensi, gawat janin dan kala pembukaan lama, rupture uteri iminen, pendarahan antepartum, ketuban pecah dini, *fetal distress* dan besar janin

melebihi 4.000 gram. Dan saat ini seiring dengan perubahan adanya kemajuan teknologi serta adanya jaminan pelayanan kesehatan nasional yang mengurangi beban biaya operasi, sehingga banyak ibu yang melahirkan secara SC atas kemauan sendiri dan keluarga hal ini yang memicu meningkatnya persalinan secara SC. Menurut data SKDI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017, menyatakan angka kejadian persalinan di Indonesia dengan metode SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan angka persalinan melalui metode *Sectio caesarea* (SC) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Peningkatan tersebut dapat terjadi karena berbagai alasan seperti, pembedahan menjadi lebih aman untuk ibu, dan juga bayi yang cedera akibat partus lama dan pembedahan traumatik vagina berkurang. Perhatian terhadap kualitas dan pengembangan intelektual pada bayi telah memperluas indikasi *section caesarea*. Penyebab meningkatnya angka kejadian persalinan secara *section caesarea* juga tidak lepas dari perluasan indikasi yang dilakukan *section caesarea* dan kemajuan dalam teknik operasi dan anesthesia serta obat-obat antibiotika (Warsono dkk., 2019).

Persalinan secara *Sectio caesarea* dapat memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu *post* operasi, ibu akan mengalami rasa nyeri. Rasa nyeri biasanya muncul 2 jam setelah proses persalinan selesai. Hal ini disebabkan karena pengaruh pemberian obat anastesi pada saat persalinan. Nyeri pada proses persalinan normal adalah nyeri fisiologis persalinan, sedangkan nyeri *post Sectio caesarea* sudah tidak lagi nyeri fisiologis. Nyeri *post* operasi

diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat (Pallasama, 2014).

Penanganan nyeri dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi dengan tujuan untuk mengobati nyeri tersebut dengan cara menghilangkan gejala yang muncul. Pasien masih merasa nyeri dan tidak beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan apabila efek dari analgetik hilang sehingga dibutuhkan terapi non farmakologis (Sujatmiko, 2013). Berdasarkan survey awal yang dilakukan, perawat hanya memberikan penanganan nonfarmakologi dengan teknik napas dalam. Oleh karena itu, disini saya akan melakukan manajemen nyeri dengan salah satu teknik nonfarmakologi yaitu *foot massage*.

Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Kuswadi , 2011 dalam Nurrochmi, 2014). Ada beberapa macam jenis *massage* untuk menurunkan nyeri antara lain : *back massage* untuk menurunkan nyeri abdomen, *massage effleurage* untuk menurunkan nyeri persalinan.

Peran perawat adalah sebagai *care giver* yaitu dengan melakukan tindakan *foot massage* untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien *post* operasi melalui peran perawat secara mandiri ataupun kolaborasi dengan terapi khusus. *Foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu

pemberian 10-20 menit dengan frekuensi pemberian 1-2 kali sehari (Chanif, 2013).

Namun terapi *foot massage* ini merupakan salah satu terapi komplementer atau tambahan dalam asuhan keperawatan. Pada asuhan keperawatan tindakan yang dilakukan paling utama ada observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Salah satu intervensi pada terapeutik keperawatan dalam siki yaitu perawatan pasca *sectio caesarea* dengan mendiskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan, pindahkan pasien ke ruang rawat nifas, motivasi mobilisasi dini 6 jam, fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi, dan berikan dukungan menyusui yang memadai. Sedangkan pada tindakan kolaborasi yaitu dengan pemberian obat analgetik.

Hasil penelitian (Dewi Nurlaela, dkk, 2020) menunjukkan bahwa ada pengaruh *foot message* terhadap skala nyeri pada klien *post oprasi sectio caesarea*.. Hasil penelitian (Sari & Wiwin, 2022) menyatakan bahwa terdapat penurunan tingkat nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea* dengan pemberian terapi *foot message* selama 20 menit. Dengan demikian didapatkan kesimpulan bahwa pemberian terapi *foot message* efektif menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post oprasi sectio caesarea*. penelitian (Gianina & Syahruramdani, 2022) menunjukkan hasil bahwa adanya penurunan skala nyeri pada pasien *post oprasi sectio caesarea* setelah dilakukan tindakan *foot massage*. Maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan terapi *foot massage* terhadap perubahan nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan *Post Sectio caesarea* POD 1 Atas Indikasi *Fetal distress* Pada Ny. V Dengan Manajemen Nyeri : Teknik *Foot massage* Di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yaitu untuk mengetahui analisis asuhan keperawatan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* pada Ny. V dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut
2. Penulis mampu menyusun diagnosis keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot massage* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.
7. Penulis mampu melakukan EBP keperawatan pada intervensi teknik *foot massage* dengan pasien *post sectio caesarea* atas indikasi *fetal distress* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

1.3 Metode Penulisan

Metode penulisan karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan mampu menambah wawasan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan Maternitas terutama mengenai intervensi manajemen nyeri non farmakologi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai landasan untuk melakukan intervensi pada pasien *post operasi sectio caesarea*, serta di harapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien *post sectio caesarea*.

2. Bagi Masyarakat

Diharapkan ibu *post partum* dengan *post oprasi sectio caesarea* dapat menerapkan metode untuk mengurangi intensitas nyeri dengan teknik *foot message*.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya ilmiah akhir ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus dimana penulis melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien *post oprasi sectio caesarea* untuk menerapkan intervensi yang sesuai berdasarkan *Evidence Based Practice* (EBP). Pengumpulan data dalam studi kasus ini menggunakan data primer dan sekunder dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa.

Adapun susunan penulisan dalam karya ilmiah ini adalah sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Pustaka, terdiri dari konsep dasar *sectio caesarea*, *fetal distress*, konsep asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi *sectio caesarea*, konsep *foot massage* dan *Evidence Based Practice* (EBP).

BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan, meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi : laporan askep pada kasus yang diambil dan disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan.

BAB IV, terdiri dari kesimpulan dan saran, berisikan kesimpulan dan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran atau rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Fetal Distress*

2.1.1 Definisi *Fetal distress*

Fetal distress (gawat janin) adalah keadaan ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen dan nutrisi janin sehingga menimbulkan perubahan metabolisme janin menuju metabolisme anaerob menyebabkan hasil akhir metabolismenya terakhir bukan karbondioksida (hipoksia) (Manuaba, 2018).

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima oksigen sehingga mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi kronik (dalam waktu lama) atau akut (Prawirohardjo, 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa *fetal distress* (gawat janin) merupakan kondisi janin yang tidak kondusif untuk memenuhi tuntutan persalinan. Kondisi ini ditandai dengan hipoksia janin, yaitu suatu keadaan dimana janin tidak mendapat pasokan oksigen yang cukup.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Prawirohardjo, 2017) penyebab dari gawat janin (*fetal distress*) yaitu:.

1. Insufisiensi uteroplasenter akut (kurangnya aliran darah uterus plasenta dalam waktu singkat),

- a. Aktivitas uterus yang berlebihan, hipertoni uterus
 - b. Hipotensi ibu, anestesi epidural, kompresi vena kava, posisi terlentang
 - c. Solusio plasenta
 - d. Plasenta previa dengan perdarahan
2. Insufisiensi uteroplasenter kronik (kurangnya aliran darah dalam waktu lama)
 - a. Penyakit hipertensi
 - b. Penyakit DM
 - c. *Postmaturitas* atau *imaturitas*
 3. Kompresi (penekanan) tali pusat

2.1.3 Patofisiologi

Fetal distress merupakan indikator kondisi yang mendasari terjadinya kekurangan oksigen sementara atau permanen pada janin, yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan asidosis metabolik. Karena oksigenasi janin tergantung pada oksigenasi ibu dan perfusi plasenta, gangguan oksigenasi ibu, suplai darah rahim, transfer plasenta atau transportasi gas janin yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan non-reassuring fetal status. Kondisi yang umumnya terkait dengan nonreassuring fetal status termasuk penyakit kardiovaskular ibu, anemia, diabetes, hipertensi, infeksi, solusio plasenta, presentasi janin yang abnormal, pembatasan pertumbuhan intrauterin, dan kompresi tali pusat, antara lain kondisi obstetri, ibu atau janin (Williams, 2014).

Janin mengalami tiga tahap penurunan kadar oksigen: hipoksia sementara tanpa asidosis metabolik, hipoksia jaringan dengan risiko asidosis metabolik, dan hipoksia dengan asidosis metabolik. Respons janin

terhadap kekurangan oksigen diatur oleh sistem saraf otonom, yang dimediasi oleh mekanisme parasimpatis dan simpatis. Janin dilengkapi dengan mekanisme kompensasi untuk hipoksia sementara selama kehamilan, tetapi hipoksia janin yang terus-menerus dapat menyebabkan asidosis secara progresif dengan kematian sel, kerusakan jaringan, kegagalan organ, dan kemungkinan kematian. Hipoksia janin yang berkepanjangan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas perinatal yang signifikan dengan perhatian khusus pada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang termasuk ensefalopati, kejang, cerebral palsy, dan keterlambatan perkembangan saraf.

Denyut jantung janin berubah secara nyata sebagai respons terhadap kekurangan oksigen yang berkepanjangan, membuat pemantauan detak jantung janin menjadi alat yang penting dan umum digunakan untuk menilai status oksigenasi janin secara cepat. Pola denyut jantung janin yang tidak meyakinkan diamati pada sekitar 15% dari persalinan (Williams, 2014).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda gejala gawat janin menurut (Prawirohardjo, 2014) sebagai berikut:

1. Denyut jantung janin irreguler dalam persalinan sangat bervariasi dan dapat kembali setelah beberapa waktu. Bila DJJ tidak kembali normal setelah kontraksi, hal ini menunjukkan adanya hipoksia.
2. Bradikardi yang terjadi diluar saat kontraksi, atau tidak menghilang setelah kontraksi menunjukkan adanya gawat janin.

3. Takhikardi dapat merupakan reaksi terhadap adanya :
 - a. Demam pada ibu
 - b. Obat-obat yang menyebabkan takhikardi (misal: obat tokolitik)
- Bila ibu tidak mengalami takhikardi, DJJ yang lebih dari 160 per menit menunjukkan adanya hipoksia.

2.1.5 Penatalaksanaan *Fetal Distress*

Berikut ini adalah daftar standar untuk manajemen gawat janin menurut WHO dan FIGO. Pemenuhan kriteria untuk manajemen harus mencakup semua hal berikut:

Standar pedoman manajemen:

1. Rehidrasi intravena (≥ 1 l kristaloid)
2. Reposisi ibu ke posisi berbaring lateral
3. Tinjau oleh spesialis (setidaknya sekali selama proses persalinan hingga melahirkan, baik sendiri, melalui telepon atau selama putaran bangsal layanan utama)

Standar Manajemen pra operasi:

1. Tiriskan kandung kemih (dengan kateter uretra diam)
2. Pencarian donor darah dan pencocokan silang
3. Pemberian antibiotik (spektrum luas)
4. Mencari persetujuan pasien
5. Menggunakan checklist pra-operasi (verifikasi protokol pra-operasi dan jadwal intervensi untuk melakukan tindakan)

6. Operasi caesar harus dimulai ≤ 1 jam setelah keputusan (Interval kedatangan ke ruang operasi ≤ 30 menit dan interval kedatangan menuju persalinan ≤ 30 menit) (Mgaya, et al., 2016).

2.2 Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

2.2.1 Pengertian *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah persalinan buatan, dengan cara melakukan sayatan sepanjang 10-15 cm di dinding perut dan dinding rahim. *Sectio caesarea* dilakukan dengan rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram (Sarwono, 2015).

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan. Sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2019).

Dari beberapa pendapat tersebut maka peneliti berpendapat bahwa *sectio caesarea* adalah suatu bentuk proses persalinan yang dilakukan dengan melakukan insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

2.2.2 Etiologi *Sectio caesarea*

Menurut (Kasdu, 2013) mengatakan bahwa operasi *sectio caesarea* harus dilakukan jika terjadi indikasi seperti dibawah ini :

1. Indikasi yang berasal dari ibu

Faktor penyebab terjadinya SC yang berasal dari ibu adalah akibat terjadinya primigavida disertai dengan kelainan letak, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, panggul yang sempit, dan adanya komplikasi kehamilan seperti adanya penyakit jantung, diabetes, dan gangguan jalan persalinan.

2. Indikasi yang berasal dari janin

Etiologi ini berhubungan dengan adanya ketidaknormalan janin seperti gawat janin, mal persentasi janin, mal posisi kedudukan janin, dan dapat juga disebabkan karena kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi.

Pengertian gawat janin adalah janin yang tengah dikandung bias kondisi yang berbahaya, salah satunya gawat janin. Hal ini bisa muncul akibat kurangnya kandungan oksigen atau asupan nutrisi di dalam kandungan.

Penyebab utama kondisi ini adalah kurangnya asupan oksigen di dalam kandungan. Kekurangan oksigen bias disebabkan oleh factor janin yang dikandung maupun factor kondisi ibu. Gawat janin bias muncul akibat berat janin berada jauh di bawah angka normal. Riwayat penyakit yang dialami ibu juga meningkatkan resiko kondisi ini.

Ada beberapa faktor yang bias meningkatkan risiko kurangnya pasokan oksigen pada janin, sehingga terjadi hipoksia. Kondisi ini dapat terjadi secara kronik (dalam jangka waktu lama) atau akut.

Adapun janin yang berisiko tinggi untuk mengalami kegawatan (hipoksia), meliputi :

- a. Janin yang pertumbuhannya terhambat.
- b. Janin dari ibu dengan diabetes
- c. Janin pre-term dan *post-term*
- d. Janin dengan kelainan letak
- e. Janin kelainan bawaan atau infeksi

2.2.3 Patofisiologi *Section Caesarea*

Bedah *caesarea* merupakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding uterus dan merupakan prosedur untuk menyelamatkan kehidupan. Operasi ini memberikan jalan keluar bagi kebanyakan kesulitan yang timbul bila persalinan pervaginam tidak mungkin atau berbahaya (Winkjosastro, 2018).

Indikasi dilakukannya *sectio caesarea* dapat disebabkan dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu usia, tulang panggul, persalinan sebelumnya dengan operasi caesar, faktor hambatan jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini (KPD), dan rasa takut kesakitan. Sedangkan dari faktor janin antara lain bayi terlalu besar, kelainan letak bayi, ancaman gawat janin (*fetal distress*), janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

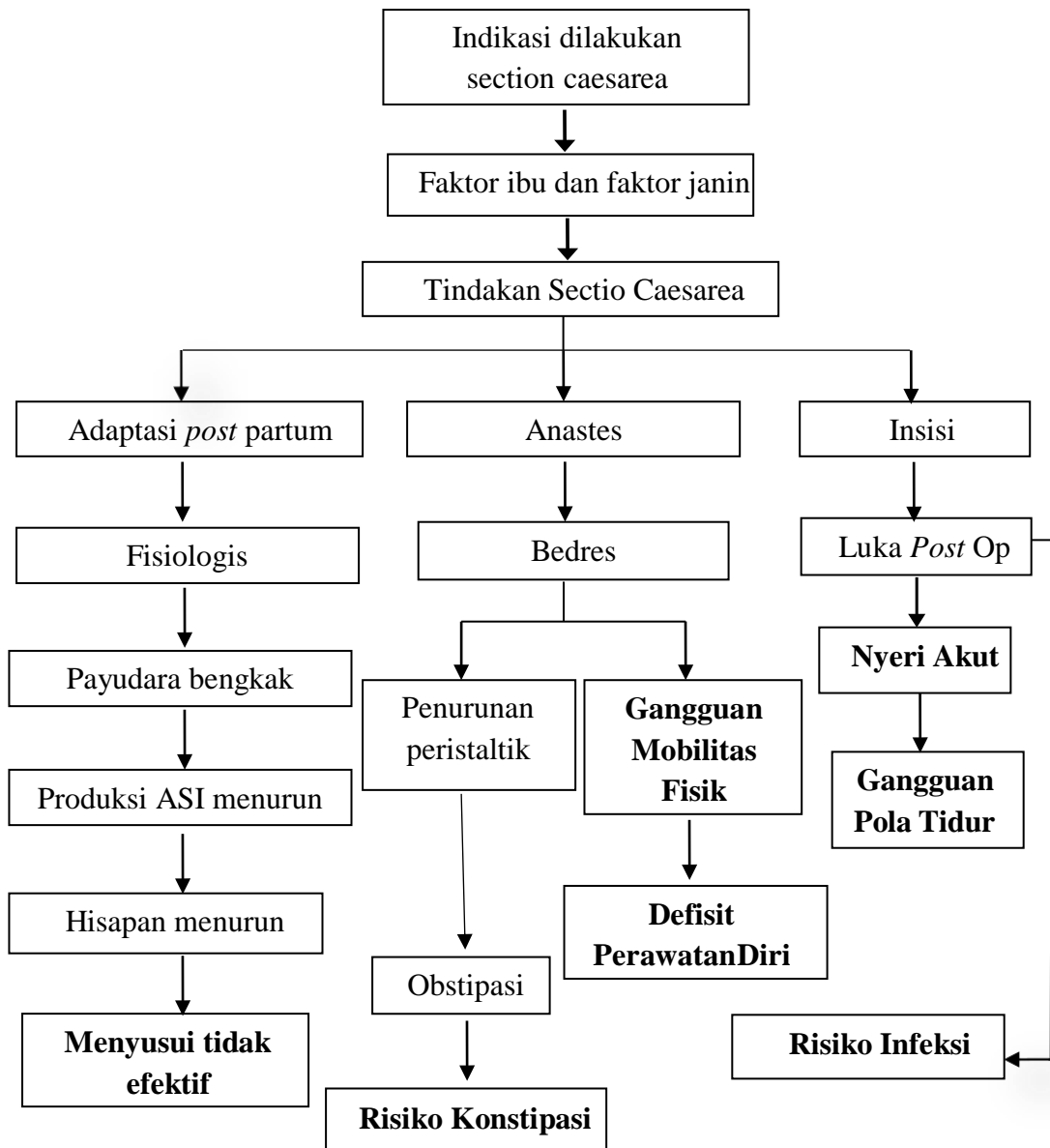
Tindakan operasi *sectio caesarea* menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah

diantaranya adalah masalah laktasi, terhambatnya mobilisasi klien akibat nyeri yang mengganggu dan menimbulkan perasaan tidak nyaman. Jika hal ini dibiarkan maka akan meningkatkan resiko kekakuan otot, meningkatkan resiko terjadinya konstipasi, mengganggu sirkulasi darah ke seluruh tubuh dimana hal ini akan memperlambat proses penyembuhan luka, menghambat pengeluaran ASI dan dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi (Chairani, 2017).

Pada operasi *sectio caesarea* akan dilakukan anestesi yang akan mempengaruhi sistem gastrointestinal yaitu penurunan peristaltik usus. Akibat anestesi juga akan mengakibatkan penurunan tonus otot pada kandung kemih. Perdarahan masa nifas *post sectio caesarea* didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 ml. Dalam hal ini perdarahan terjadi akibat kegagalan mencapai homeostatis ditempat insisi uterus maupun pada placentar bed akibat atoni uteri. Komplikasi pada bayi dapat menyebabkan hipoksia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan dan trauma persalinan (Mochtar, 2018).

Bagan 2.1

Pathway Section Caesarea



Sumber : Nurarif dan Hardhi (2015)

2.2.4 Komplikasi *Section Caesarea*

Menurut (Padila, 2014) komplikasi *section caesarea* yaitu :

1. Pada ibu

a. Infeksi Puerperal (nifas)

Komplikasi ini bisa bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis.

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

c. Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi.

d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* secara klasik.

2. Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4-7 %.

2.2.5 Jenis – Jenis Operasi *Sectio Caessarea*

1. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Sectio caesarea transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus ,insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan pembedahan ini adalah :

- a. Pendarahan luka insisi tidak seberapa banyak.
- b. Banyak peritonitis tidak besar
- c. Perut uterus umumnya kuat sehingga bahaya uteri dikemudian hari tidak besar karena pada nifas segmen bawah uterus tidak seberapa banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2. *Sectio caesarea klasik* atau *sectio caesarea korporal*

Pada *sectio caesarea* klasik ini di buat kepada *korpusuteri* , pembedahan ini yang agak mudah dilakukan,hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio caesarea profunda* insisi memanjang pada segmen uterus.

3. *Sectio caesarea ekstra peritonea*

Sectio caesarea ekstra peritoneal dibulu di lakukan untuk mengurangi bahaya injeksi pembedahan ini sekarang tidak banyak lagi di lakukan,rongga peritorium tidak di buka , dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

4. *Sectio caesarea Hysterotomi*

Setelah *Sectio caesaria*,dilakukan *Hysterotomy* dengan indikasi :

- a. *Autonia uteri*
- b. *Plasenta accarete*
- c. *Myoma uteri*
- d. *Infeksi intra uteri berat*

2.2.6 Risiko Sectio caesarea

1. Angka kematian pada ibu dan janin lebih tinggi dari pada persainan normal, kematian pada ibu dapat terjadi karena pendarahan, infeksi atau sebab – sebab lain pada janin diakibatkan karena partus yang lama atau gagal drip oksitosin.
2. Dapat mengakibatkan cedera pada ibu atau bayi, luka pada *sectio caesarea* tidak mungkin sempurna penyembuhannya karena mudah terjadi infeksi pada rahim.
3. Menimbulkan perlengketan pada organ didalam rongga perut.
4. Biaya mahal karena menggunakan obat-obatan.
5. Gangguan pernapasan pada bayi atau bayi kuning.

2.2.7 Jenis Anastesi Yang Digunakan

Anestesi spinal (subaraknoid) adalah anestesi regional dengan tindakan penyuntikan obat anestetik lokal ke dalam ruang subaraknoid. (Majid, Muhammad & Umi 2017). Sedangkan menurut (Dunn, 2017) anestesi spinal adalah injeksi obat anestesi ke dalam ruang intratekal yang menghasilkan analgesia. Pemberian obat local anestesi ke dalam ruang intratekal atau ruang subaraknoid di region lumbal antara vertebrata L2-3,

L3-4, L4-5 untuk menghasilkan onset anestesi yang cepat dengan derajat keberhasilan yang tinggi.

Indikasi anestesi spinal menurut (Morgan, 2017) yaitu pembedahan bagian tubuh yang dipersarafi cabang torakal 4 kebawah meliputi : bedah ekstremitas bawah meliputi jaringan lemak, pembuluh darah dan tulang. Daerah sekitar rectum perineum termasuk anal, rectum bawah dan dindingnya atau operasi pembedahan saluran kemih. Abdomen bagian bawah dan dindingnya atau operasi intra peritoneal. Abdomenn bagian atas termasuk *cholecystectomy*, penutupan ulkus gastrikus dan transfer *colostomy*. Dapat juga digunakan pada *obstetric*, *vaginal delivery* dan *sectio caesarea*.

Kontraindikasi mutlak meliputi infeksi kulit pada tempat dilakukan pungsi lumbal, bacteremia, hypovolemia berat (syok), koagulopati, dan peningkatan tekanan intracranial. Sedangkan kontraindikasi relatif meliputi neuropati, prior spine surgery, nyeri punggung, penggunaan obat-obatan preoperasi golongan OAINS, heparin subkutan dosis rendah, dan pasien yang tidak stabil (Majid, Muhammad & Umi 2011).

Komplikasi yang dapat terjadi pada spinal anestesi menurut (Sjamsuhidayat & De Jong, 2018), ialah :

1. Hipotensi terutama jika pasien tidak prahidrasi yang cukup
2. Blokade saraf spinal tinggi, berupa lumpuhnya pernapasa dan memerlukan bantuan nafas dan jalan nafas segera

3. Sakit kepala pasca pungsi spinal, sakit kepala ini bergantung pada besarnya diameter dan bentuk jarum spinal yang digunakan.

2.2.8 Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Ibu *Post Partum*

Adaptasi fisiologis masa nifas yaitu dimana ibu dalam tahap pemulihan organ-organ kembali ke keadaan semula saat sebelum hamil, seperti system kardiovaskuler, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal, sistem endokrin dan sistem reproduksinya. Tahapan pada masa nifas yaitu puerperium dini yang merupakan masa pemulihan awal. Pada ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi setelah kala IV dalam 6 jam pertama dianjurkan untuk mobilisasi segera yang dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Tahap selanjutnya adalah tahap puerperium intermedial yang dimana organ-organ reproduksi akan berangsur-angsur akan kembali seperti sebelum hamil. Keadaan ini berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari. Dan tahapan yang terakhir adalah remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Pada tahap ini batas waktu yang dialami pada setiap ibu akan berbeda-beda sesuai dengan berat ringannya komplikasi yang dialami saat hamil ataupun persalinan (Maritalia, 2017).

Adaptasi psikologis masa nifas merupakan suatu proses adaptasi yang sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan. Menjelang persalinan, perasaan senang karena akan berubah peran menjadi seorang ibu dan segera bertemu dengan bayi yang dikandungnya selama berbulan-bulan

dan telah lama dinantikan. Selain itu, akan timbul perasaan cemas karena khawatir terhadap calon bayi yang akan dilahirkannya nanti, apakah lahir dengan sempurna atau tidak. Pada masa nifas, ibu menjadi lebih sensitif sehingga perubahan psikologis ini memiliki peranan yang sangat penting. Tentunya pada ibu primipara dan multipara memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Multipara akan lebih mudah dalam mengantisipasi keterbatasan fisiknya dan lebih mudah beradaptasi terhadap peran dan interaksi sosialnya. Sedangkan pada ibu primipara mungkin akan kebingungan dan frustrasi karena merasa tidak mampu dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Maka dari itu ibu primipara lebih memerlukan dukungan yang lebih besar (Maritalia, 2017).

2.2.9 Penatalaksanaan *Post Operasi Sectio caesarea*

1. Analgetik

Meperidin 50-75mg atau morfin 10-15 mg diberikan untuk mengurangi rasa sakit dapat diberikan secara IV atau IM.

2. Tanda-tanda vital

Di evaluasi sedikitnya setiap jam selama 4 jam dan selanjutnya dalam interval 4 jam. Tekanan darah, denyut nadi, suhu, tonus uterus, keluaran urine, dan jumlah perdarahan dievaluasi.

3. Therapy cairan dan diit

Untuk pedoman umum, pemberian cairan 3 liter termasuk larutan RL sudah cukup untuk pembedahan dan dalam 24 jam pertama.

Pada kasus-kasus tanpa komplikasi, makanan padat dapat diberikan dalam waktu 8 jam pascaoperasi.

4. Fungsi kandung kemih dan usus

Kateter dapat dilepas setelah 12 jam *post* operasi, bising usus terdengar normal atau aktif setelah hari ketiga. Gejala kembung dan nyeri akibat inkoordinasi gerak usus dapat menjadi gangguan pada hari kedua dan dengan defekasi atau jika gagal pemberian enema dapat meringankan keluhan pasien.

5. Perawatan luka

Luka insisi diinspeksi tiap hari, dan jahitan atau klip pada kulit dapat diangkat pada hari keempat setelah operasi. Pada hari ketiga pascapartum, mandi tidak berbahaya terhadap luka insisi.

6. Perawatan payudara

Menyusui dapat dimulai dari hari operasi. Apabila pasien tidak menyusui, pengikat yang menopang payudara tanpa kompresiyang kuat akan mengurangi ketidaknyamanan pasien.

7. Mencegah infeksi pasca operasi, dengan memberikan antibiotik setelah bayi lahir.

8. Mobilisasi

Sedapat mungkin ibu pasca operasi caesar aktif bergerak jika dirasakan efek bius sudah berangsur hilang. Mulai dengan menggerak-gerakkan kedua kaki, memutar pergelangan kaki, melakukan gerakan pada sendi bahu dan lengan tangan saat berbaring. Untuk posisi

miring kekanan dan kekiri juga sudah boleh dilakukan dengan bantuan tenaga medis setelah 6-8 jam. Pada pembiusan regional belajar duduk perlu hati-hati agar tidak pusing dan dilakukan dengan bantuan bidan atau perawat. Sekitar 8 jam pascaoperasi, ibu sudah boleh mulai belajar duduk, dan setelah melewati 24 jam latihan jalan dapat dimulai. Semakin aktif bergerak akan mempercepat pemulihan fisik ibu nifas pascaoperasi caesar. Lakukan juga senam kegel untuk melatih otot-otot kandung kemih setelah pelepasan alat kateter urine.

9. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang perlu adalah Hb dan Ht, bila Hb dibawah 8 gr% dipertimbangkan untuk tranfusi (Cunningham. 2018).

2.3 Konesp Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data sesuai kebutuhan dasar manusia dan memberikan gambaran tentang keadaan klien. Terdiri dari pengumpulan data, pengelompokan data, dan perumusan diagnosa keperawatan.

1. Identitas

- a. Identitas Klien: nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk, tanggal pengkajian, ruang rawat, no medrek, diagnosa medis dan alamat.

- b. Identitas Penanggung Jawab: Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Fokus pada apa yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada klien *post partus* dengan tindakan *sectio caesarea* biasanya mengeluh adanya nyeri pada luka insisi dan rasa sakit kepala akibat anestesi.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan kondisi pasien dari awal keluhan sampai dirawat di rumah sakit. Berkaitan dengan keluhan utama yang dijabarkan dengan PORST yang meliputi hal-hal yang meringankan dan memberatkan.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah pada kehamilan sebelumnya klien pernah menderita penyakit yang sama atau ada faktor predisposisi terhadap kehamilan.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan yang diderita klien saat ini dan apakah ada keluarga klien yang mempunyai penyakit keturunan dan penyakit menular.

e. Riwayat Ginekologi dan Obstetri

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Haid atau menarche pertama kali pada usia berapa, siklus, lamanya, banyaknya darah, keluhan, sifat darah, haid terakhir dan taksiran persalinan.

b) Riwayat Perkawinan

Sudah berapa lama pasien menikah, Usia suami dan usia istri saat menikah, perkawinan yang keberapa.

c) Riwayat Keluarga Berencana

Apakah klien memakai KB, alat kontrasepsi yang digunakan apa, adakah gangguan yang dirasakan, kapan mulai berhenti dan apa alasannya.

2) Riwayat Obstetri

a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Meliputi tanggal partus, umur kehamilan, jenis persalinan, penolong, tempat, kelainan bayi, berat lahir bayi, kelainan masa nifas, keadaan masa nifas, keadaan anak sekarang apakah sehat atau meninggal. Apakah klien memeriksakan kehamilannya, berapa kali.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang

Apakah klien memeriksakan kehamilannya, berapa kali, dimana, teratur apa tidak, mendapat imunisasi lengkap atau

tidak, keluhan yang dirasakan saat hamil, diet selama hamil, adakah perdarahan, berapa berat badan sebelum hamil, selama hamil, sesudah melahirkan dan penambahan berat badan saat hamil.

c) Riwayat Persalinan Sekarang

Dengan *sectio caesarea* jam masuk kamar operasi, lama operasi, apakah anak dalam keadaan hidup atau mati, berat badan dan panjang bayi waktu lahir, jenis anastesi yang digunakan, jenis operasi yang digunakan, berapa perdarahan yang keluar, berapa jumlah diuresis.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran *compos mentis* atau terjadi penurunan kesadaran yang diakibatkan efek anestesis, biasanya klien tampak lemah.

b. Sistem Integumen

Terdapat luka *post* operasi pada abdomen klien, bagaimana turgor kulitnya, keadaan, kebersihan, distribusi rambut dan hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit. Terdapat striae livide gravidarum, linea nigra, cloasma gravidarum, aerola pada puting susu, turgor kulit menurun.

c. Sistem Panca Indra

Anestesi tidak memberi pengaruh pada sistem penciuman, penglihatan, pengecap, pendengaran dan peraba.

d. Sistem Persyarafan

Tidak terjadi penurunan kesadaran baik pada anestesi spinal maupun umum.

e. Sistem Endokrin

Tidak adanya peningkatan kelenjar getah bening dan tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis.

f. Sistem Pernapasan

Jika terjadi nyeri frekuensi napas cenderung meningkat lebih dari 24x/menit, jalan napas bersih, irama napas vesikuler, gerakan dada simetris kiri dan kanan. Pada pasien dengan anestesi umum biasanya ada keluhan batuk tapi tidak semua.

g. Sistem Kardiovaskuler

Apakah ada peningkatan vena jugularis, jika ada pendarahan saat persalinan *post sectio caesarea* konjungtiva anemis CRT > dari 2 detik, tetapi jika pendarahan hebat disertai dengan penurunan hemoglobin yang tajam, terjadinya penurunan kapilaritas akibat gangguan perpusi pada perifer, jika disertai dengan riwayat pre eklamsi berat tekanan darah jadi meningkat dengan sistol ≥ 140 dan diastolik ≥ 100 .

h. Sistem Pencernaan

Efek anestesi mukosa bibir kering, bising usus tidak ada atau lemah. Adanya mual atau muntah yang disebabkan iritasi lambung atau efek sentral dari anestesi, sehingga menimbulkan nyeri tekan di epigastrium dan terjadinya konstipasi karena terhambatnya aktivitas usus.

i. Sistem Perkemihan

Terjadinya penurunan laju filtrasi glomerulus yang disebabkan vasokonstriksi pada pembuluh darah ginjal dan mengakibatkan menurunnya produksi urine. Jika masih terpasang kateter pantau/observasi bagaimana produksi dan warna urine.

j. Sistem Reproduksi

1) Payudara

Keadaan payudara setelah melahirkan baik normal maupun operasi, sama dengan saat hamil, terjadi perubahan pada hari ketiga setelah melahirkan terutama pada ibu yang belum menyusui bayinya maka payudara menjadi besar, keras dan nyeri yang menandakan permulaan sekresi air susu, dan keluar cairan putih dari puting susu jika areola payudara dipijat. Pada hari kedua payudara dapat menghasilkan colostrum sedangkan pada hari ketiga colostrum diganti dengan adanya air susu. Tidak ada hormon yang dihasilkan placenta, kelenjar pituitari mengeluarkan prolaktin sebagai efeknya adalah pembuluh

darah pada payudara menjadi bengkak berisi darah, menyebabkan hangat, bengkak dan rasa sakit, sel-sel penghasil susu berfungsi dibuktikan dengan keluarnya air susu.

2) Uterus

Pada persalinan dengan operasi involusio uteri mengalami perlambatan akibat dari adanya luka operasi pada uterus, dan pada persalinan normal konsistensi uterus akan mengecil secara perlahan-lahan (involusi) sampai kembali normal seperti sebelum hamil. Penurunan TFU menjadi 1 jari dibawah pusat.

3) Vulva

Lochea merupakan eksresi cairan rahim selama masa nifas mengandung darah dan sisa jaringan desidua dan nekrotik dari dalam uterus (Fuzi, 2019). Adanya lochea nigra.

4) Peritoneum atau dinding perut

Perut menjadi kendur dan terdapat luka operasi panjang luka baru bisa dilihat pada hari ketiga.

k. Sistem Muskuloskeletal

1) Ekstremitas bawah dan atas

Umumnya terjadi kelemahan sebagai dampak anestesi yang mendefresikan sistem saraf pada musculoskeletal sehingga terjadinya penurunan tonus otot, kurangnya mobilitas fisik dapat menyebabkan terjadinya tromboflebitis. Ditandai dengan homan sign (+).

4. Pola Aktivitas

a. Pola Nutrisi

1) Makan

Adanya perasaan mual akibat pengaruh dari anestesi tetapi dapat hilang dengan sendirinya.

2) Minum

Dianjurkan banyak minum air putih minimal 1 gelas perjam.

b. Pola Eliminasi

Pemenuhan eliminasi BAK pada pasien operasi melahirkan tidak terganggu. Hari ke 2 kateter masih terpasang. Pemenuhan eliminasi BAB terganggu, biasanya klien takut untuk BAB karena kondisi klien yang lemah dan sakit pada daerah abdomen.

c. Pola Istirahat Tidur

Tidur klien kurang dari kebutuhan tubuh karena adanya nyeri pada luka operasi, Hal ini juga bisa disebabkan oleh cemas yang datang dari klien.

d. Pola Personal Hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku. Karena adanya luka operasi pada abdomen ditambah kondisi klien yang lemah.

5. Aspek Psikologis

a. Adaptasi psikologi *post partum*

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

1) Fase *taking in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua (1-2 hari) setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

3) Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

b. Keadaan emosi

Emosi pada pasien setelah operasi melahirkan tidak stabil sehubungan dengan hospitalisasi. Klien membutuhkan pendamping atau bantuan dalam memenuhi ADL nya, klien juga menjadi

depresi, mudah menangis karena klien mengalami nyeri pada luka operasi, nyeri payudara jika klien tidak menyusui.

c. Tingkat kecemasan

Cemas meningkat ditandai dengan menurunnya wawasan persepsi diri terhadap lingkungan.

6. Aspek Sosial

a. Klien dapat bersosialisasi dengan keluarga, tim kesehatan dan lingkungan sekitarnya baik.

b. Apakah klien ikut aktif dalam suatu kegiatan organisasi masyarakat atau tidak.

c. Bagaiman dukungan keluarga terhadap kesembuhan.

7. Aspek Seksual

a. Apakah klien merasakan akan lebih harmonis atas kehadiran anak.

b. Apakah klien merasa lebih diperhatikan oleh suami dengan keadaan sekarang.

c. Apakah klien merasa perannya sebagai isteri dan ibu lebih meningkat atau menurun.

d. Pemeriksaan Laboratorium

Hemoglobin terjadi penurunan (< 10 gr % kalau terjadi pendarahan)

8. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dan menentukan masalah

kesehatan dan keperawatan klien (Fuji, 2019). Analisa data yaitu proses intelektual yang meliputi kegiatan menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokan data. Kemudian mencari kemungkinan penyebab dan dampak serta menentukan masalah atau penyimpangan yang terjadi.

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	<p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, menghindari nyeri) posisi 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka <i>post op</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut

1	2	3	4
2	<p>Gejala & Tanda Mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p> <p>Gejala & Tanda Minor: Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p>	<p>Tindakan section caesarea ↓ Insisi ↓ Luka <i>post op</i> ↓ Nyeri akut ↓ Gangguan pola tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>
3	<p>Gejala & Tanda Mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala & Tanda Minor: Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah</p>	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i> ↓ Anestesi ↓ Bedrest ↓ Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

1	2	3	4
4	<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristaltic 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 <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan hemoglobin 2. Imununosupresi 3. Leukopenia 4. Supresi respon inflamasi 9. Vaksinasi tidak adekuat 	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Insisi</p> <p>↓</p> <p>Luka <i>post op</i></p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>Risiko Infeksi</p>
5	<p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan diri <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p>	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i></p> <p>↓</p> <p>Anestesi</p> <p>↓</p> <p>Bedrest</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>↓</p> <p>Deficit perawatan diri</p>	<p>Defisit Perawatan Diri</p>

1	2	3	4
6	<p>Gejala & Tanda Mayor: Subjektif 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal Objektif 1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2. ASI tidak menetes/memancar 3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua</p> <p>Gejala & Tanda Minor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui</p> <p>Menolak untuk menghisap</p>	<p>Tindakan section caesarea ↓ Adaptasi <i>post partum</i> ↓ Fisiologis ↓ Payudara bengkak ↓ Produksi ASI menurun ↓ Hisapan menurun ↓ Menyusui tidak efektif</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif</p>
7	<p>Fisiologis 1. Penurunan motilitas gastrointestinal 2. Pertumbuhan gigi tidak adekuat 3. Ketidakcukupan diet 4. Ketidakcukupan asupan serat 5. Ketidakcukupan asupan cairan 6. Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung) 7. Kelemahan otot abdomen</p> <p>Psikologis 1. Konfusi 2. Depresi 3. Gangguan emosional</p>	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i> ↓ Anestesi ↓ Bedrest ↓ Penurunan peristaltic ↓ Obstipasi ↓ Risiko konstipasi</p>	<p>Risiko Konstipasi</p>

1	2	3	4
	<p>Situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan) 2. Ketidakadekuatan toileting 3. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 4. Penyalahgunaan laksatif 5. Efek agen farmakologis 6. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 7. Kebiasaan menahan dorongan defekasi 8. Perubahan lingkungan 		

2.3.2 Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah (*problem*) pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (pembedahan, trauma jalan lahir, episiotomy, luka *post* operasi *sectio caesarea*)
2. Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka *post sectio caesarea*
3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

4. Risiko infeksi b.d tindakan invasif d.d luka bekas insisi pembedahan
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan fisik
6. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI
7. Risiko kontipasi d.d penurunan motilitas gastrointestinal

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	2	3	4
1	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>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</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) <p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

1	2	3	4
	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Diaforesis menurun 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku membaik 26. Nafsu makan membaik 27. Pola pikir membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

1	2	3	4
			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055)</p> <p>Definisi Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, Jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur <p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Definisi Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluah sering terjaga menurun 4. Keluah tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Definisi Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batas waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6.

1	2	3	4
	<p>5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p> <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p>		<p>7. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) <p>Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
3	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p> <p>Definisi Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Definisi Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil :</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Definisi Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

1	2	3	4
	2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuskuler 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 19. Gangguan kognitif 20. Keengganan melakukan pergerakan 21. Gangguan sensoripersepsi Gejala & Tanda Mayor: Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

1	2	3	4
	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas <p>Fisik lemah</p>		
4	<p>Risiko Infeksi (D.0142)</p> <p>Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 1. 	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Definisi Derajat infeksi berdasarkan observasi atau bersumber informasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema

1	2	3	4
	<p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristaltic 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 <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Penurunan hemoglobin 3. Imununosupresi 4. Leukopenia 5. Supresi respon inflamasi <p>Vaksinasi tidak adekuat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Vesikel menurun 9. Cairan berbau busuk menurun 10. Sputum berwarna hijau menurun 11. Drainase purulen menurun 12. Piuria menurun 13. Periode malaise menurun 14. Periode menggigil menurun 15. Letargi menurun 16. Gangguan kognitif menurun 17. Kadar sel darah putih membaik 18. Kultur darah membaik 19. Kultur urine membaik 20. Kultur sputum membaik 21. Kultur area luka membaik <p>Kultur feses membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
5	<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</p> <p>Definisi Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan musculoskeletal 2. Gangguan neuromuskuler 3. Kelemahan 	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Definisi Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan Kriteria Hasil :</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian

1	2	3	4
	<p>4. Gangguan psikologis dan/ atau psikotik</p> <p>5. Penurunan motivasi/ minat</p> <p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Menolak melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif</p> <p>1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri</p> <p>2. Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif (tidak tersedia)</p>	<p>1. Kemampuan mandi meningkat</p> <p>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <p>3. Kemampuan makan meningkat</p> <p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>7. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</p> <p>Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>	<p>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>2. Siapkan keperluan pribadi(mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</p>
6	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p> <p>Definisi</p> <p>Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui</p> <p>Penyebab</p> <p>Fisiologis</p> <p>1. Ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>Status Menyusui (L.03029)</p> <p>Definisi</p> <p>Kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan sttus</p>	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Definisi</p> <p>Memberikan informasi dan saran tentang menyusui yang dimulai dari antepartum, intrapartum dan <i>postpartum</i></p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p>

1	2	3	4
	<p>2. Hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing)</p> <p>3. Anomaly payudara (mis. puting yang masuk kedalam)</p> <p>4. Ketidakadekuatan refleks oksitosin</p> <p>5. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi</p> <p>6. Payudara bengkak</p> <p>7. Riwayat operasi payudara</p> <p>8. Kelahiran kembar</p> <p>Situasional</p> <p>1. Tidak rawat gabung</p> <p>2. Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui</p> <p>3. Kurangnya dukungan keluarga</p> <p>4. Faktor budaya</p> <p>Gejala & Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif</p> <p>1. Kelelahan maternal</p> <p>2. Kecemasan maternal</p> <p>Objektif</p> <p>1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu</p> <p>2. ASI tidak menetes/memancar</p>	<p>menyusui membaik dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat</p> <p>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat</p> <p>3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam meningkat</p> <p>4. Berat badan bayi meningkat</p> <p>5. Tetesan/pancaran ASI meningkat</p> <p>6. Suplai ASI adekuat meningkat</p> <p>7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat</p> <p>8. Kepercayaan diri ibu meningkat</p> <p>9. Bayi tidur setelah menyusui meningkat</p> <p>10. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat</p> <p>11. Intake bayi meningkat</p> <p>12. Hisapan bayi meningkat</p> <p>13. Lecet pada puting menurun</p> <p>14. Kelelahan maternal menurun</p> <p>15. Kecemasan maternal menurun</p> <p>16. Bayi rewel menurun</p> <p>Bayi menangis setelah menyusui menurun</p>	<p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Berikan konseling menyusui</p> <p>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan (lacth on) dengan benar</p> <p>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>Ajarkan perawatan payudara <i>postpartum</i> (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>

1	2	3	4
	<p>3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam</p> <p>4. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua</p> <p>Gejala & Tanda Minor:</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake bayi tidak adekuat 2. Bayi menghisap tidak terus menerus 3. Bayi menangis saat disusui 4. Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui <p>Menolak untuk menghisap</p>		
7	<p>Risiko Konstipasi (D.0052)</p> <p>Definisi Berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap</p> <p>Penyebab</p> <p>Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan motilitas gastrointestinal 	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Definisi Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik dengan Kriteria Hasil :</p>	<p>Pencegahan Konstipasi (I.04160)</p> <p>Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjadinya penurunan frekuensi normal defekasi yang disertai kesulitan pengeluaran feses yang tidak lengkap</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. asupan serat tidak adekuat, asupan cairan)

1	2	3	4
	<p>2. Pertumbuhan gigi tidak adekuat 3. Ketidakcukupan diet 4. Ketidakcukupan asupan serat 5. Ketidakcukupan asupan cairan 6. Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung) 7. Kelemahan otot abdomen</p> <p>Psikologis 1. Konfusi 2. Depresi 3. Gangguan emosional</p> <p>Situasional 2. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan) 3. Ketidakadekuatan toileting 4. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 5. Penyalahgunaan laksatif 6. Efek agen farmakologis 7. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 8. Kebiasaan menahan dorongan defekasi</p> <p>Perubahan lingkungan</p>	<p>1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Mengejan saat defekasi menurun 4. Distensi abdomen menurun 5. Teraba massa pada rektal menurun 6. Urgency menurun 7. Nyeri abdomen menurun 8. Kram abdomen menurun 9. Konsistensi feses membaik 10. Frekuensi defekasi membaik</p> <p>Peristaltik usus membaik</p>	<p>2. tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang) 3. Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis. defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama atau sulit, feses keras, peristaltik menurun) 4. Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan 5. Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi</p> <p>Terapeutik 1. Batasi minuman yang mengandung kafein dan alcohol 2. Jadwalkan rutinitas BAK 3. Lakukan masases abdomen 4. Berikan terapi akupresur</p> <p>Edukasi 1. Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi 2. Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari) 3. Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari) 4. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan 5. Anjurkan berjalan 15-20 menit 1-2 kali/hari</p>

1	2	3	4
			6. Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

Tahap 1: Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

Tahap 2: Intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen, dan interdependen.

Tahap 3: Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana

proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

Jenis evaluasi ada 2 yaitu:

1. Evaluasi formatif yaitu penilaian atau hasil dari tindakan saat ini.
2. Evaluasi sumatif yaitu penilaian atau hasil dari diagnosa secara keseluruhan

Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut

1. Proses asuhan keperawatan, berdasarkan kriteria/ rencana yang telah disusun.
2. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi.

Hasil evaluasi terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

1. Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.
2. Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.
3. Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak scsuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah

seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada 13 pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

2.4 Konsep *Foot Massage*

2.4.1 Definisi *Foot massage*

Massage dapat diartikan sebagai pijat yang telah disempurnakan dengan ilmu – ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan – gerakan tangan yang mekanisme terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam – macam bentuk pegangan atau teknik (Awanis, 2021).

Foot massage dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pemijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan, sehingga meningkatkan sekresi serotonin dan dopamin. Sedangkan efek pijatan merangsang pengeluaran endorfin, sehingga membuat tubuh terasa rileks karena aktifitas saraf simpatis menurun (Awanis, 2021).

2.4.2 Manfaat *Foot massage*

Manfaat dari *foot massage* sangat banyak selain bisa membuka aliran darah dan meningkatkan sirkulasi darah dan oksigen dalam tubuh juga dapat mengurangi rasa ketidak nyamanan serta dapat menghilangkan rasa sakit, sehingga mempercepat penyembuhan dan membuat ibu *post SC* menjadi lebih baik (Nazmi, 2018).

Foot massage mampu memberikan efek relaksasi yang mendalam, mengurangi rasa sakit, ketidaknyamanan secara fisik, dan meningkatkan tidur pada seseorang. *Foot massage* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan, sehingga meningkatkan sekresi serotonin dan dopamin. Sedangkan efek pijatan merangsang pengeluaran endorfin, sehingga membuat tubuh terasa rileks karena aktifitas saraf simpatis menurun (Muliani R, 2019).

2.4.3 Tujuan *Foot massage*

Menurut (Prmono, 2019), tujuan dilakukan *massage* adalah :

1. Melancarkan pembuluh darah terutama peredaran darah vena (pembuluh darah bali) dan peredaran getah bening (air limpe).
2. Menghancurkan pengumpulan sisa – sisa pembakaran didalam sel – sel otot yang telah mengeras yang disebut moigelosis (asam laktat)
3. Menyempurnakan pertukaran gas – gas dan zat – zat didalam jaringan atau
4. Memperbaiki proses metabolisme
5. Merangsang jaringan – jaringan saraf, meningkatkan saraf sadar dan kerjasaraf otonom (tidak sadar)
6. Memberikan perasaan nyaman, segar dan kehangatan pada tubuh.

2.4.4 SOP *Foot massage*

Teknik ini dilakukan pada 24-48 jam *post* operasi, dan setelah 30 menit-2 jam pemberian injeksi ketorolac, dimana pada saat itu pasien

kemungkinan mengalami nyeri terkait dengan waktu paruh pemberian ketorolac 30 menit- 2 jam dari waktu pemberian, (Chanif, 2018). Lakukan pengukuran tingkat nyeri sebelum dan sesudah melakukan tindakan (*foot massage*), langkah prosedur tindakan, (Trisnowiyanto, 2016).

1. Tahap orientasi

- a. Salam terapeutik (beri salam dengan sopan dan perkenalkan diri untuk pertemuan pertama)
- b. Evaluasi validasi (menanyakan nama dan tempat tanggal lahir, kompirmasi pada gelang identitas)
- c. Informed concent (jelaskan tujuan prosedur, tindakan hal yang perlu dilakukan oleh pasien selama terapi *foot massage* dilakukan dan berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan).

2. Fase interaksi

- a. Melakukan persiapan alat (menyiapkan kelengkapan dan mendekatkan alat-alat)
- b. Melakukan persiapan pasien
 - 1) Posisikan pasien supinasi (terlentang)
 - 2) Anjurkan pasien untuk rileks
 - 3) Bebaskan area kaki dari selimut dan kaos kaki
- c. Melakukan persiapan lingkungan
 - 1) Atur pencahayaan
 - 2) Atur suhu

- 3) Privasi pasien (tutup sampiran) dan keamanan pasien
 - 4) Melakukan persiapan petugas
- d. Mencuci tangan
 - e. Menggunakan APD
 - f. Berdoa
3. Prosedur kerja
- a. Bebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki dan sebaliknya kaki yang belum dipijat biarkan menggunakan selimut atau kaos kaki.
 - b. Melumaskan minyak esensial di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (massage)
 - c. Lakukan pijatan dengan teknik effleurage (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan patrisage (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat).
 - d. Tahapan pertama massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2,5 menit,
 - e. Tahapan kedua massage tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2,5 menit,
 - f. Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2,5 menit
 - g. Dan terakhir massage otot telapak kaki selama 2,5 menit
 - h. Lakukan pijatan pada kaki satunya

- i. Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissue
4. Fase terminasi
- a. Evaluasi subjektif
 - 1) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan kembali klien ke posisi yang nyaman.
 - 2) Evaluasi perasaan klien
 - b. Evaluasi objektif
 - 1) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien selesai tindakan
 - c. Rencana tindak lanjut (menganjurkan keluarga klien untuk melakukan terapi *foot massage* kepada pasien pada pagi dan sore)
 - d. Kontrak yang akan datang (lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya).

Catatan : terapi *foot massage* sebaiknya dilakukan 1-2 kali dalam satu hari untuk menurunkan skala nyeri.

2.5 Konsep Evidence Base Practice (EBP)

2.5.1 Pengertian EBP

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *up to date* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *evidence based practice* dalam kurikulum undergraduate juga dijelaskan didalam (Sin & Bleques, 2017 dalam Novi 2019) menyatakan bahwa pembelajaran *evidence based*

practice pada *undergraduate student* merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai *registered nurses (RN)*.

2.5.2 Tujuan EBP

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih tepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2012 dalam nofi 2019).

2.5.3 Langkah Dalam Pembuatan EBP

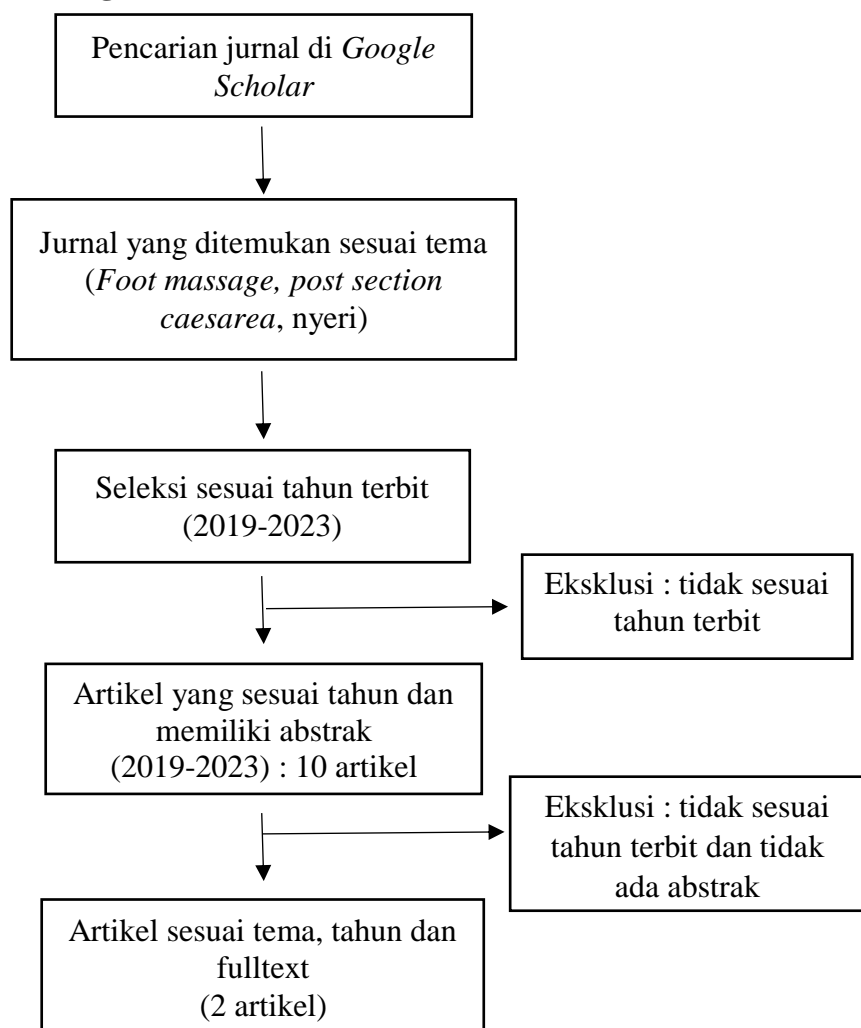
1. Menumbuhkan semangat menyelidiki
2. Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format.
3. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT.
4. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian) paling relevan dengan PICO/PICOT
5. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan. Satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya.
6. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.

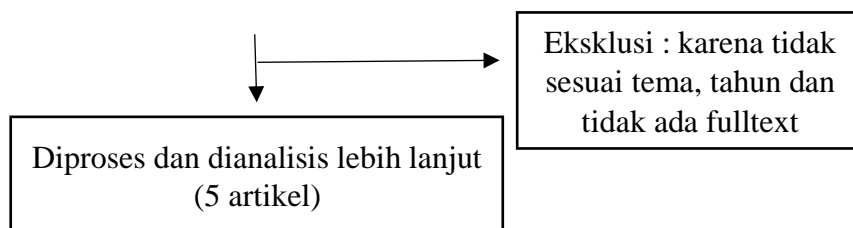
7. Menyebarluaskan hasil dari EBP.

Table 2.3
Format PICOT/PICOS

Kriteria	Inklusi	Ekslusi
<i>Population/problem</i>	Pasien <i>post sectio caesarea</i>	Pasien <i>post partum</i> spontan
<i>Intervention</i>	Manajemen nyeri : teknik <i>foot massage</i>	Tidak ada skala nyeri
<i>Comparison</i>	Intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi	Tidak nyeri
<i>Outcomes</i>	Intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i>	Selain intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i>
<i>Study design</i>	Quasi eksperimen	Deskriptif
<i>Publication years</i>	2019-2023	>2018

Bagan 2.4
Diagram Seleksi Artikel/Jurnal





2.5.4 Analisa Jurnal Terkait

Pasien yang menjalani persalinan dengan metode *sectio caesarea* biasanya merasakan ketidaknyamanan yaitu nyeri yang berasal dari insisi abdominal. Salah satu teknik untuk mengurangi nyeri secara non farmakologi adalah *foot massage* (Cembun Dan Ridawati Sulaeman, 2020). Teknik massage merupakan salah satu alternatif pilihan penanganan nyeri non farmakologi karena pemijatan efektif mengurangi atau menghilangkan rasa tidak nyaman, tindakannya cukup sederhana dan dapat dilakukan oleh diri sendiri atau dengan bantuan orang lain. Teknik massage ini efektif untuk mengurangi rasa nyeri akut *post* operatif. Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Nurrochmi, Nurasih, & Romadon, 2014).

Sejalan dengan hasil penelitian (Dewi N & Aay Rumhaeni, 2020) tentang “*Foot massage* Menurunkan Nyeri *Post* Oprasi *Sectio caesarea* Pada *Post Partum*” pemberian terapi *foot massage* dalam penelitian ini terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri. Hasil penelitian mendapatkan

bahwa ada pengaruh *foot massage* terhadap tingkat nyeri pada klien *post* operasi *sectio caesarea*.

Adapun hasil penelitian tentang “pengaruh *foot massage therapy* terhadap skala nyeri ibu *post sectio caesarea* di ruang nifas RSUD kota mataram” yang dilakukan oleh (Cembun & Ridawati Sulaeman, 2020) yang menyatakan bahwa *foot massage therapy* yang dilakukan selama 20 menit, dengan masing-masing 10 menit tiap kaki. Didapatkan hasil penurunan setiap respondennya berbeda-beda karena individu mempunyai sifat yang multidimensi, respon individu dalam mengatasi masalah yang terjadi berbeda-beda. Maka disimpulkan ada pengaruh signifikan *foot massage therapy* terhadap perubahan nyeri pasien *post op sectio caesarea*. Tindakan pemberian *foot massage therapy* dapat di aplikasikan pada pasien *post* operasi *Sectio Cesarea* sebagai intervensi untuk mengurangi nyeri.

Sejalan dengan hasil penelitian (Gianina & Syahruramdhani, 2023) yang mengatakan bahwa ada pengaruh signifikan terapi *foot massage* terhadap perubahan nyeri pada pasien *post sectio caesarea*. Terapi *foot massage* diberikan untuk mengurangi nyeri pada *post sectio caesarea* dimana nyeri merupakan perasaan emosional yang bersifat subjektif dan hanya seseorang dengan kondisi tersebut yang dapat mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Nyeri muncul karena adanya kiriman impuls yang memasuki medulla spinalis dan berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor

sehingga akan ditransmisi mencapai korteks cerebri untuk diinterpretasikan menjadi sensasi nyeri.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Herniwati, Dewita & Idawati, 2021) tentang “Pengaruh *Foot massage* Terhadap Nyeri *Post Sectio caesarea* Di Blud RSUD Kota Langsa” hasil didapatkan foot hand massage berpengaruh signifikan dalam pengurangan nyeri pada ibu *post sectio caesarea*. Sehingga bisa disimpulkan bahwa foot hand massage mampu mengurangi nyeri pada ibu *Post Sectio caesarea*.

Sejalan dengan hasil penelitian (Eittah et, al 2021) tentang “*Effect Of Foot massage On Fatigue And Incisional Pain Among Post Caesarea Woman*” berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa *foot massage* bermanfaat dalam mengurangi tingkat dan nyeri insisi pada wanita *post sectio caesarea*. Pijat adalah cara alami menyentuh, menggosok seluruh tubuh memberi kenyamanan baik secara fisik maupun psikis dan memberi relaksasi umum dalam tubuh, mengurangi rasa sakit persepsi, mengurangi kelelahan, dengan mempengaruhi sistem gerak dan sistem saraf, serta sistem kardiovaskular.

Dari beberapa hasil penelitian diatas bahwa pemberian tindakan *foot massage therapy* dapat menjadi salah satu cara untuk menurunkan skala nyeri pada pasien *post oprasi sectio caesarea*.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. tinjauan Kasus

3.1.1 Pengkajian

3.1.1.1 Identitas Pasien

Nama	: Ny. V
Umur	: 24 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Cikenceh 2, RT 02 RW 03
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
No. Register	: 01339037
Diagnosa medis <i>post op</i>	: PI AO Partus Maturus SC Indikasi <i>Fetal distress</i> + IUD
Tanggal Persalinan	: 11 Desember 2022
Tanggal Masuk	: 11 Desember 2022
Tanggal Pengkajian	: 12 Desember 2022

3.1.1.2 Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. F
Umur	: 27 tahun

Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Kp. Cikenceh 2, RT 02 RW 03
Hub. Dengan pasien	: Suami

3.1.2 Riwayat Kesehatan

3.1.2.1 Keluhan Utama Saat Dikaji

Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah pada daerah luka bekas operasi.

3.1.2.2 Riwayat Kesehatan Sekarang

Nyeri luka *post sectio caesarea*, klien mengatakan nyeri terasa saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, klien mengatakan nyeri terasa pada daerah abdomen dibawah umbilikus (bekas luka oprasi), skala nyeri 6 (0-10), nyeri yang dirasakan 30 menit sekali dan sifatnya hilang timbul.

3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

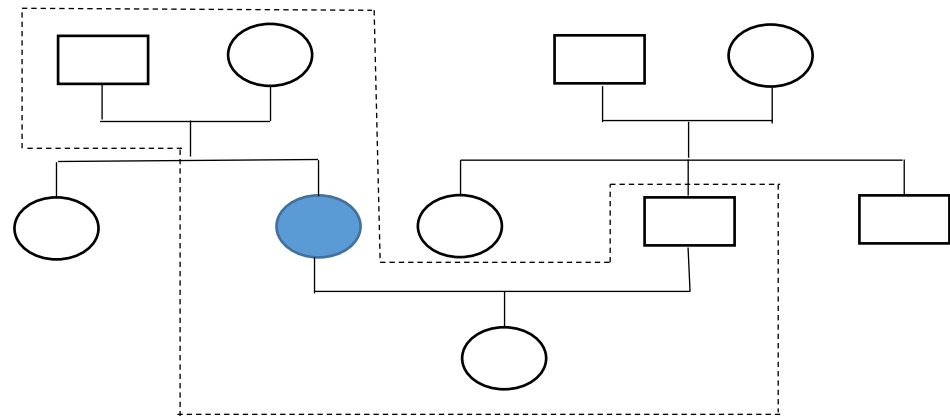
Klien mengatakan melakukan imunisasi TT pada saat sebelum dan setelah menikah, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan. Dan klien tidak mempunyai riwayat penyakit apapun sebelum hamil.

3.1.2.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti penyakit jantung, diabetes mellitus, hipertensi, dan asma

di keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular, jiwa, kronik, dll.

Gambar 3.1 Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

● : Klien/Pasien

┌──┘ : Garis Pernikahan

┌──┘ : Garis Keturunan

----- : Tinggal Serumah

3.1.2.5 Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

Pasien mengalami menarche pada usia 14 tahun, lama 6-7 hari dengan siklus 28 hari. Darah yang dikeluarkan cukup banyak, warna merah, encer bau amis. Haid pertama haid terakhir 3 Maret 2022. Taksiran persalinan 10 Desember 2022

b. Riwayat Perkawinan (Suami-Istri)

Pasien berusia perkawinan selama 2 tahun, dan menikah tahun 2020 ini merupakan pernikahan pertama bagi klien dan suaminya.

c. Riwayat Kontrasepsi

Pasien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun, pasien dan suami berencana mempunyai anak 3. Dan klien setelah melahirkan menggunakan kontrasepsi IUD.

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Kehamilan

Klien merasa hamil 9 bulan (39-40) minggu, keluhan yang dirasakan saat hamil yaitu klien mengatakan ada cairan yang keluar atau rembes di vagina sehingga di rujuk ke RSUD, gerakan anak pertama kali pada usia 4 bulan atau sekitar 16 minggu. Klien melakukan imunisasi 2x, penambahan BB saat hamil yaitu sekitar 12 kg. Pemeriksaan kehamilan dilakukan secara teratur di posyandu ataupun di bidan praktek mandiri dekat rumah. Klien mengatakan mulai merasa mual, muntah dan pusing pada awal kehamilannya dan berhenti saat usia kehamilannya menginjak 5 bulan.

b. Riwayat Persalinan

Klien mengatakan bahwa persalinan kali ini merupakan persalinan pertamanya dan langsung persalinan melalui SC yang dilaksanakan di RSUD. dr. Slamet Garut pada tanggal 11

Desember 2022. Jenis operasi yang klien jalani adalah *Sectio caesarea klasik* dengan jenis anastesi *spinal anesthesia*. Bayi klien lahir pada jam 10.15 dengan anak berjenis kelamin perempuan dengan keadaan sehat.

3.1.2.6 Riwayat Psikososial Spiritual

1. Psikologis

Klien masih dalam fase *talking in* atau fase ketergantungan dimana klien masih dalam keadaan ketergantungan pada keluarga dan orang sekitar, klien terlihat cape dan klien cenderung pasif terhadap lingkungan sekitar dan mudah tersinggung sehingga fokus perhatian klien hanya terhadap dirinya sendiri.

2. Suasana hati

Pasien mengatakan sangat senang dan bahagia karena anaknya sudah lahir dengan keadaan selamat, sehat dan tidak ada yang kurang dalam fisik anaknya. Pasien merencanakan merawat sendiri bayinya dan siap menyusui bayinya sampai anak usia 2 tahun.

3. Keadaan mental

- a. Penerimaan terhadap bayi : kehadiran bayinya sangat diharapkan

- b. Kemampuan menyusui : saat pengkajian ibu belum menyusui karena bayi masih di ruang perinatologi.

4. Hubungan/komunikasi

a. Bicara

Bahasa utama yang digunakan adalah bahasa sunda orientasi pasien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya dan klien bisa menyebutkan tanggal dan hari apa sekarang.

b. Tempat tinggal

Klien selama ini tinggal dirumah orang tuanya beserta keluarganya.

c. Kehidupan keluarga

Adat istiadat yang dianut klien adalah adat sunda dalam pembuatan keputusan didalamnya keluarga dilakukan dengan cara musyawarah. Pola komunikasi terjadi dengan baik. Keuangan dalam batas normal karna klien tinggal dengan keluarganya.

- d. Kesulitan dalam keluarga tidak ada masalah selama ini, hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dibuktikan dengan adanya keluarga menjenguk selama dirawat dirumah sakit.

5. Kebiasaan seksual

Pasien belum bisa menjalankan perannya sebagai istri, pasien belum bisa memenuhi kebutuhan seksual karena masih dalam masa nifas.

6. Pertahanan Koping

- a. Pengambilan keputusan klien dibantu oleh suami dan keluarganya.
- b. Yang disukai tentang diri sendiri: klien merasa bangga sebagai anak yang berbakti pada orang tua dan menjadi adik buat keluarganya. Klien juga merasa bangga dan senang bisa menjadi seorang istri untuk suaminya dan menjadi seorang ibu untuk anaknya.
- c. Yang ingin dirubah dari kehidupan : tidak ada karna menurut klien semua yang dialaminya adalah kehendak Allah SWT.
- d. Yang dilakukan klien jika stres adalah mencari pemecahan masalah, berdiskusi dengan suami dan keluarga.

7. Sistem Nilai dan kepercayaan

Pasien yakin dan percaya kepada Allah SWT dan selalu berdo'a akan kesembuhannya serta kesehatan bayinya. Pasien tidak melaksanakan sholat 5 waktu karena pasien dalam masa nifas. Pasien mengikuti nilai-nilai serta peraturan yang ada dirumah sakit.

3.1.2.7 Riwayat *Activity Daily Living* (ADL)

Tabel 3.1
Activity Daily Living (ADL)

No	ADL	Saat Hamil	Setelah Melahirkan
1	2	3	4
1	Nutrisi a. Makan Jenis menu Frekuensi Porsi Pantangan Keluhan b. Minum Jenis minuman Frekuensi Jumlah Pantangan Keluhan	Nasi, lauk pauk dan sayur 3x sehari 1 porsi Makanan pedas Tidak ada Air putih, teh 8 gelas ± 1500 cc Tidak ada Tidak ada	Nasi, lauk pauk dan sayur 1-2x sehari ½ porsi Tidak ada Tidak ada Air putih 6 gelas ± 1200 cc Tidak ada Tidak ada
2	Istirahat dan Tidur a. Malam Berapa jam Dari jam ... s.d jam ... Kesukaran tidur b. Siang Berapa jam	± 7-8 jam sehari 20.30- 04.30 Tidak ada ± 1 jam 13.00-14.00	± 2-3 jam 02.00-05.00 Klien mengatakan sulit tidur dan sering terjaga Klien tidak tidur siang
1	2	3	4
	Dari jam ... s.d jam		

	...		
	Kesukaran tidur	Tidak ada	
3	Eliminasi a. BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan b. BAB Frekuensi Warna Bau Kesulitan	Tidak ada 5-6 x / hari ± 250 cc/ BAK Kuning jernih Khas urin Tidak ada 1 x/ hari Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	Terpasang DC ± 500 cc/ 6 jam Kuning jernih Khas urin Tidak ada 1 x/ hari Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada
4	Personal hygiene a. Mandi Frekuensi Menggunakan sabun Frekuensi gosok gigi Gangguan b. Berpakaia Frekuensi ganti pakaian	2x sehari Ya sabun cair 3x sehari Tidak ada 2x sehari	1x/hari Di spons menggunakan waslap 1 x sehari Tidak ada 1x sehari
5	Mobilitas dan aktivitas		
1	2	3	4
	1. Aktivitas yang	Mengerjakan pekerjaan	Klien hanya bisa miring

	dilakukan	rumah, jalan-jalan	kiri dan kanan dengan dibantu keluarga
	2. Kesulitan	Tidak ada	

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Status Obstetrik : P1 A0
2. Keadaan Umum : Lemah
3. Kesadaran : Composmentis (E:4, M:6, V:5)

4. Tanda Tanda Vital

- a. TD : 110/70 mmHg
- b. Nadi : 90 x/menit
- c. Suhu : 36,6°C
- d. Pernapasan : 22 x/menit
- e. SPO2 : 98 %
- f. BB sebelum hamil : 53 Kg
- g. BB saat hamil : 65 Kg
- h. Tinggi Badan : 150 cm

5. Sistem Integumen

Terdapat luka *post operasi sectio caesarea* pada abdomen klien, terdapat *linea nigra*, terdapat *striae gravidarum*, dan hiperpigmentasi pada areola puting susu. Warna rambut hitam, bersih, warna kulit gelap kecoklatan. Kulit teraba hangat dan kering, turgor kulit < 1 detik.

6. Sistem Indra

Mata, hidung dan telinga tampak simetris, penglihatan, penciuman dan pendengaran baik. Tidak teraba adanya pembengkakan atau benjolan pada sistem pengindraan.

7. Sistem Persyarafan

a. Fungsi Serebral

Status mental : Baik

Kesadaran : Composmentis (GCS : E4, M6, V5)

b. Fungsi Cranial

1) Nervus Olfactorius (Penciuman)

Kemampuan penciuman baik karena klien bisa mencium baunya kayu putih

2) Nervus Optikus (Ketajaman penglihatan dan lapang pandang)

Penglihatan klien baik dengan bisa menyebutkan jumlah jari berapa dengan jarak \pm 60 meter

3) Nervus Okulomotorius (Mengkaji ukuran pupil)

Pupil isokor, bulat dan pupil mengecil saat terkena cahaya

4) Nervus Trochlearis (Gerakan mata)

Pergerakan mata klien baik.

5) Nervus Trigemini (Saraf sensorik dan motorik : membuka mulut)

Klien dapat membuka mulut saat diberikan stimulus

6) Nervus Abdusen (Mengontrol pergerakan mata)

Klien dapat mengontrol pergerakan mata.

7) Nervus Fasialis : sensori dan motorik (mengerutkan dahi, menutup mata, meringis, memperlihatkan gigi, bersiul)

Klien dapat mengerutkan dahi, menutup mata, meringis dan memperlihatkan gigi.

8) Nervus Vestibulokoklearis : Pendengaran

Klien dapat mendengar, terbukti ketika diberi rangsang suara klien dapat mengikuti arah suara.

9) Nervus Glosafaringeal : daya mengecap dan reflek muntah

Refleks muntah klien baik.

10) Nervus Vagus : bersuara dan menelan

Klien bisa berbicara dengan baik dan reflek menelan pun baik

11) Nervus Aksesorius : kekuatan otot

Klien mengalami kelemahan otot

12) Nervus Hipoglasus (mengeluarkan lidah)

Klien dapat menjulurkan lidahnya.

8. Sistem Endokrin

Tidak adanya peningkatan kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis.

9. Sistem Pernapasan

Pergerakan paru-paru kanan kiri simetris, tidak ada nyeri saat ditekan dan tidak ada pembengkakan, saat di perkusi terdengar sonor di kedua lapang paru, suara napas vesikuler dan tidak ada terdengar bunyi suara nafas tambahan

10. Sistem Kardiovaskuler

Pergerakan jantung normal, tidak ada nyeri saat di tekan dan tidak ada pembengkakan. Bunyi pada pemeriksaan perkusi adalah sonor, bunyi jantung normal (S1 dan S2 Reguler)

11. Sistem Pencernaan

Bibir tampak lembab, tidak ada sianosis, gigi lengkap, kemampuan menelan baik. Bising usus 8 x/menit, terdengar suara timpani. Tidak teraba adanya benjolan/pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.

12. Sistem Perkemihan

Klien terpasang kateter, jumlah urin \pm 1200 cc. Kandung kemih teraba lembek.

13. Sistem Reproduksi

a. Payudara

Payudara tampak simetris kiri kanan, aerola berwarna hitam kecoklatan (hiperpigmentasi), produksi ASI banyak, puting menonjol di kedua payudara, payudara bengkak, colostrum sudah ada. Payudara tidak ada kelainan dan bayi belum disusui karena bayinya masih di ruang Perinatologi.

b. Uterus

Involusi uterus baik, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, Kontraksi bagus (keras), posisi uterus ada dibagian tengah (miometrium) dan adanya nyeri tekan terutama pada sekitar bekas sayatan, Diastasis Rectus Abdominal normal (Saat dilakukan penekan di otot abdomen kedalaman tekanan adalah 2 cm).

c. Vulva

1) Lochea

Jenis : Rubra

Jumlah : \pm 50 cc dalam 2-4 kali ganti pembalut sehari

Warna : Merah berisi darah segar

Bau : Amis

Konsistensi: Cair.

14. Sistem Muskuloskeletal

a. Ekstremitas Atas

Ekstremitas atas simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, tidak ada varises, rentang gerak agak terbatas karena terpasang infus RL20 tetes/menit di ekstremitas atas bagian kiri. Refleks Bisep: kanan (+) kiri (+), Trisep: kanan (+) kiri (+). Kekuatan otot :

4		4
---	--	---

b. Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah klien tampak tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak ada nyeri saat di tekan, tidak ada kelemahan dan Homan signs / Trombosis Vena (-), Patella (+/+).

Kekuatan Otot :

4	4
---	---

Masalah Khusus: tidak ada

3.1.4 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 11 Desember 2022

Tabel 3.2
Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hematologi tanpa diff			
3. Hemoglobin	10,9	g/dL	13-16
4. Hematokrit	32	%	35-47
5. Leukosit	17.900	/mm ³	3.800-10.600
6. Trombosit	197.000	/mm ³	150.000-440.000
7. Eritrosit	3,65	Juta/mm ³	3,6-5,8

Tanggal : 14 Desember 2022

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hematologi tanpa diff			
8. Hemoglobin	11,2	g/dL	13-16
9. Hematokrit	35	%	35-47
10. Leukosit	12.200	/mm ³	3.800-10.600
11. Trombosit	276.000	/mm ³	150.000-440.000
12. Eritrosit	3,7	Juta/mm ³	3,6-5,8

3.1.5 Therapy Obat

Tabel 3.3
Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	waktu			Kegunaan
			P	S	M	
1	2	3	4	5	6	7
Cefotaxime	2x1 gr	IV	08	20		Antibiotik kategori sefalosporin yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri dengan cara membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhannya
Ketorolac	3x30 mg	IV	08	16	22	Analgetik yang digunakan untuk meredakan nyeri sedang hingga berat
Metrodinazole	3x500 mg	IV	08	16	22	Antibiotik kategori nitromidazole untuk mengobati infeksi bakteri diberbagai

					organ tubuh dengan menghambat pertumbuhan dan perkembangan bakteri.
Infus RL	20 tts/ menit	IV			Mengembalikan cairan tubuh setelah kehilangan darah yang signifikan..

3.1.6 Analisa Data

Tablel 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat 3. Skala nyeri 6 (0-10) 4. Nyeri dirasakan lebih saat bergerak dan nyeri berkurang saat diistirahatkan 5. Nyeri dirasakan \pm 30 menit sekali dan sifatnya hilang timbul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah klien tampak meringis 2. TD : 110/70 mmHg 3. Nadi : 90 x/ menit 4. Suhu : 36,6⁰C 5. Respirasi :22 x/ menit 	<p>Indikasi section caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><i>Fetal distress</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tindakan section caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Insisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka <i>post</i> operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>	Nyeri Akut

2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan sering terjaga 3. Klien mengatakan tidur malam nya \pm 2-3 jam <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas 	<p>Tindakan section caesarea</p> <pre> graph TD A[Insisi] --> B[Luka post operasi] B --> C[Nyeri akut] C --> D[Gangguan pola tidur] </pre>	Gangguan Pola Tidur
	<ol style="list-style-type: none"> 2. TD : 110/70 mmHg 3. Nadi : 90 x/menit 4. Terdapat luka oprasi SC \pm 12 cm pada abdomen bawah 		
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas oprasi <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka jahitan oprasi <i>post sectio caesarea</i> (SC) pada dinding/kulit abdomen, dengan jenis insisi horizontal 	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i></p> <pre> graph TD A[Insisi] --> B[Luka post op] B --> C[Resiko infeksi] </pre>	Risiko Infeksi
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kondisi luka ditutupi dengan menggunakan kasa steril ukuran \pm 12 cm 3. Leukosit 17.900 /mm³ 		

3.1.7 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) yang ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi

- b. Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat
- c. Skala nyeri 6 (0-10)
- d. Nyeri dirasakan lebih saat bergerak dan nyeri berkurang saat diistirahatkan
- e. Nyeri dirasakan \pm 30 menit sekali dan sifatnya hilang timbul

DO :

- a. Wajah klien tampak meringis
- b. TD : 110/70 mmHg
- c. Nadi : 90 x/ menit
- d. Suhu : $36,6^{\circ}\text{C}$
- e. Respirasi : 22 x/ menit

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* yang ditandai dengan :

DS :

- a. Klien mengatakan sulit tidur
- b. Klien mengatakan sering terjaga
- c. Klien mengatakan tidur malam nya \pm 2-3 jam

DO :

- a. Klien tampak lemas
- b. TD : 110/70 mmHg
- c. Nadi : 90 x/menit
- d. Terdapat luka operasi SC \pm 12 cm pada abdomen bawah

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

3.1.8 Perencanaan Keperawatan

Table 3.5
Perencanaan Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	2	3	4
1	<p>(D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>post op Sectio caesarea</i>) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat 3. Skala nyeri 6 (0-10) 4. Nyeri dirasakan lebih saat bergerak dan nyeri berkurang saat diistirahatkan 5. Nyeri dirasakan \pm 30 menit sekali dan sifatnya hilang timbul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah klien tampak meringis 2. TD : 110/70 mmHg 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor skala nyeri 3. Monitor respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik <i>foot massage</i>) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik <i>foot massage</i> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac

1	2	3	4
	3. Nadi : 90 x/ menit 4. Suhu : 36,6 ⁰ C 5. Respirasi :22 x/ menit		
2	<p>(D.0055) Gangguan Pola Tidur b.d nyeri akibat luka <i>post sectio caesarea</i> ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan sering terjaga 3. Klien mengatakan tidur malam nya ± 2-3 jam <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemas 2. TD : 110/70 mmHg 3. Nadi : 90 x/menit 4. Terdapat luka operasi SC ± 12 cm pada abdomen bawah 	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluh sering terjaga menurun 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik <i>foot massage</i>) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 5. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi (teknik <i>foot massage</i>)
3	<p>(D.0142) Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif</p>	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung

1	2	3	4
		1. Nyeri menurun Kadar sel darah putih membaik	3. Berikan perawatan luka 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi TKTP Kolaborasi Kolaborasi pemberian antibiotik metronidazole 3x500gr dan cefotaxime 2x1gr

3.1.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6
Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu / Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5	6
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>post op Sectio caesarea</i>)	Senin,12 Desember 2022 10.30 WIB 10.32 WIB 10.34 WIB 10.36 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R : klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> Tampak luka <i>post SC</i> di abdomen berbentuk horizontal dengan panjang ±12 cm 2. Memonitor skala nyeri R : skala nyeri 6 (0-10) 3. Memonitor respon nyeri non verbal R : klien tampak meringis 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Jam 13.00 WIB S : Klien mengatakan masih nyeri pada luka <i>post SC</i> dengan skala nyeri 5(1-10) O : 1. Klien tampak meringis 2. TD : 100/80 mmHg 3. Nadi : 87 x/menit 4. Suhu : 36,7 ⁰ C 5. Respirasi : 22 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Selly L

1	2	3	4	5	6
		<p>10.37 WIB</p> <p>11.00 WIB</p> <p>08.00 WIB</p>	<p>R : nyeri bertambah bila ada pergerakan lebih dan berkurang jika istirahat dan minum obat</p> <p>5. Memberikan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri R : klien tampak rileks saat diberikan teknik <i>foot massage</i> (pijatan yang dilakukan selama 20 menit pada bagian tungkai bawah depan, tungkai bawah belakang, punggung kaki dan telapak kaki)</p> <p>6. Mengajarkan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi rasa nyeri (sesuai EBP) R : pasien dan keluarga sudah paham dan dapat mengikuti teknik yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>7. Memberian obat ketorolac 1x30 mg IV R : telah diberikan</p>		
2	Gangguan pola tidur	Senin,12	1. Mengidentifikasi faktor	Jam 13.15 WIB	Selly L

1	2	3	4	5	6
	b.d nyeri akibat luka <i>post sectio caesarea</i>	Desember 2022 12.15 WIB 12.17 WIB 10.37 WIB 12.20 WIB 11.00 WIB	<p>pengganggu tidur R : klien mengatakan nyeri di luka bekas oprasi sc</p> <p>2. Memodifikasi lingkungan R : mengatur pencahayaan, suhu diruangan</p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP, pengaturan posisi) R : klien tampak nyaman setelah dilakukan tindakan <i>foot massage</i></p> <p>4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup R : klien tampak bisa memahami apa yang telah dijelaskan</p> <p>5. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP) R : keluarga klien dapat mengikuti sesuai yang diberitahukan</p>	<p>S : Klien mengatakan tidak tidur siang karena sulit tidur</p> <p>O : 1. Klien tampak lemas 2. TD : 100/80 mmHg 3. Nadi :87 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	Senin,12 Desember 2022	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik	Jam 13.30 WIB S :	Selly L

1	2	3	4	5	6
		12.25 WIB 12.30 WIB 12.33 WIB 12.40 WIB 08.02 WIB	R : terdapat luka <i>post</i> operasi <i>sectio caesarea</i> , klien terpasang DC, klien terpasang infus ditangan sebelah kiri, klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> op 2. Membatasi jumlah pengunjung R : tampak penunggu pasien 1 orang 3. Memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi R : klien dan keluarga sudah sedikit memahami apa yang telah dijelaskan 4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Memberikan terapi obat cefotaxime 1x1 gr IV	Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> op O : 1. TD : 100/80 mmHg 2. Nadi : 87 x/menit 3. Suhu : 36,7 ⁰ C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>post op Sectio caesarea</i>)	Selasa, 13 Desember 2022 08.30 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R : klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> op	Jam 13.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> SC sudah berkurang dengan Skala nyeri 4 (0-10) O :	Selly L

1	2	3	4	5	6
		08.33 WIB 08.35 WIB 08.38 WIB 09.00 WIB	Tampak luka <i>post</i> SC di abdomen berbentuk horizontal dengan panjang ± 12 cm 2. Memonitor skala nyeri R : skala nyeri 5 (0-10) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : klien tampak sedikit meringis 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R : nyeri bertambah bila ada pergerakan lebih dan berkurang jika istirahat dan minum obat 5. Memberikan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri R : klien tampak rileks saat diberikan teknik <i>foot massage</i> (pijatan yang dilakukan selama 20 menit pada bagian tungkai bawah depan, tungkai bawah belakang, punggung kaki dan telapak kaki	1. Klien tampak sedikit meringis 2. TD : 110/90 mmHg 3. Nadi : 82 x/menit 4. Suhu : 36,5 ⁰ C 5. Respirasi : 22 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	

1	2	3	4	5	6
		09.20 WIB 08.00 WIB	6. Mengajarkan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi rasa nyeri (sesuai EBP) R : klien dan keluarga sudah paham dan dapat mengikuti teknik yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri 7. Memberian obat ketorolac 1x30 mg IV		
2	Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka <i>post sectio caesarea</i>	Selasa,13 Desember 2022 09.20 WIB 09.25 WIB 09.00 WIB 09.28 WIB	1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : klien mengatakan nyeri di luka bekas oprasi sc 2. Memodifikasi lingkungan R : mengatur pencahayaan, suhu diruangan 3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP, pengaturan posisi) R : pasien tampak nyaman setelah dilakukan tindakan <i>foot massage</i> 4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup R : klien tampak bisa memahami apa yang telah dijelaskan	Jam 13.15 WIB S : 1. Klien mengatakan tidur sudah mulai baik 2. Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> sudah berkurang dari sebelumnya 3. Tidur \pm 5 jam O : 1. Klien tampak lebih bugar 2. TD : 110/90 mmHg 3. Nadi :95 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Selly L

1	2	3	4	5	6
		09.18 WIB	5. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP) R : keluarga klien dapat mengikuti sesuai yang diberitahukan		
3	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	Selasa,13 Desember 2022 09.35 WIB 09.40 WIB 09.45 WIB	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik R : terdapat luka <i>post oprasi sectio caesarea</i> , klien terpasang DC, klien terpasang infus ditanagn sebelah kiri, klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> sudah berkurang 2. Membatasi jumlah pengunjung R : tampak penunggu pasien 1 orang dan pengunjung dibatasi saat jam besuk 3. Melakukan perawatan luka R : skala reda 1 (<i>reednes 1, edema 0, ecchymosis 0, discharge 0, approximation 0</i>)	Jam 13.25 WIB S : Klien mengatakan masih nyeri pada luka operasi berkurang O : 1. Skala reda 1 (<i>reednes 1, edema 0, ecchymosis 0, discharge 0, approximation 0</i>) 2. TD : 110/90 mmHg 3. Nadi : 82 x/menit 4. Suhu : 36,5 ⁰ C 5. Respirasi : 22 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Selly L

1	2	3	4	5	6
		09.50 WIB 10.00 WIB 08.02 WIB	4. Memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi R : klien sedikit memahami apa yang telah dijelaskan 5. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi 6. Memberikan obat cefotaxime 1x1 gr IV		
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>post op Sectio caesarea</i>)	Rabu, 14 Desember 2022 15.30 WIB 15.35 WIB 15.37 WIB 15.40 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri R : tampak luka <i>post SC</i> di abdomen berbentuk horizontal dengan panjang ± 12 cm 2. Mengidentifikasi skala nyeri R : skala nyeri 4 (0-10) 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : klien tampak sudah tidak meringis 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Jam 20.00 WIB S : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post SC</i> sudah berkurang skala nyeri 3 dari (0-10) O : 1. Meringis berkurang 2. TD : 110/80 mmHg 3. Nadi : 86 x/menit 4. Suhu : 36,6 ⁰ C 5. Respirasi : 20 x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	Selly L

1	2	3	4	5	6
		<p>15.45 WIB</p> <p>16.10 WIB</p> <p>16.00 WIB</p>	<p>R : nyeri sudah berkurang</p> <p>5. Memberikan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri</p> <p>R : klien tampak rileks dan nyaman saat diberikan teknik <i>foot massage</i> (pijatan yang dilakukan selama 20 menit pada bagian tungkai bawah depan, tungkai bawah belakang, punggung kaki dan telapak kaki)</p> <p>6. Mengajarkan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi rasa nyeri (sesuai EBP)</p> <p>R : klien dan keluarga sudah paham dan dapat mengikuti teknik yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>7. Memberian ketorolac 1x30 mg IV</p>		
2	Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka <i>post sectio caesarea</i>	<p>Rabu, 14 Desember 2022</p> <p>16.15 WIB</p> <p>16.18 WIB</p>	<p>1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri di luka oprasi SC sudah berkurang</p> <p>2. Memodifikasi lingkungan</p>	<p>Jam 20.10</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan tidur malam cukup nyenyak, tidur \pm 7 jam</p> <p>O :</p>	Selly L

1	2	3	4	5	6
		<p>15.45 WIB</p> <p>16.10 WIB</p>	<p>R : mengatur pencahayaan, posisi tidur</p> <p>3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP, pengaturan posisi)</p> <p>R : pasien tampak nyaman dan rileks setelah dilakukan tindakan <i>foot massage</i></p> <p>4. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi (teknik <i>foot massage</i> sesuai EBP)</p> <p>R : keluarga klien dapat mengikuti sesuai yang diberitahukan dan keluarga dapat mengaplikasikan pada klien</p>	<p>1. Klien tampak lebih bugar</p> <p>2. TD : 110/80 mmHg</p> <p>3. Nadi :86 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif</p>	<p>Rabu, 14 Desember 2022</p> <p>15.15 WIB</p> <p>15.20 WIB</p> <p>15.23 WIB</p>	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>R : terdapat luka <i>post</i> operasi <i>sectio caesarea</i>, nyeri pada luka operasi berkurang</p> <p>2. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>R : tampak penunggu pasien 1 orang</p>	<p>20.20</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> sudah berkurang</p> <p>O : 1. Skala reeda 1 (<i>reednes</i> 1, <i>edema</i> 0, <i>ecchymosis</i> 0, <i>discharge</i> 0, <i>approximation</i> 0)</p>	Selly L

1	2	3	4	5	6
		15.30 WIB 16.05 WIB	3. Memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi R : pasien dan keluarga memahami apa yang telah dijelaskan 4. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Memberikan obat cefotaxime 1x1 gr IV, metronidazole 1x500 gr IV	2. Leukosit 12.200 /mm ³ 3. Suhu : 36,6 ⁰ C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	

3.1.10 Evaluasi

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu/ tanggal	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (<i>post op Sectio caesarea</i>)	Kamis, 15 Desember 2022 08.30 WIB	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post SC</i> berkurang skala nyeri 3 dari (0-10)</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 120/80 mmHg Nadi : 89 x/menit Suhu : 36,8⁰C Respirasi : 20 x/menit <p>A :</p> <p>Nyeri akut</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Berikan teknik non farmakologi/ teknik <i>foot massage</i> (EBP) 3. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 	Selly L

1	2	3	4	5
			2. Memberikan teknik non farmakologi/ teknik <i>foot massage</i> (EBP) 3. Berkolaborasi pemberian terapi farmakologi E : Masalah teratasi sebagian R : Pertahankan intervensi	
2	Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka <i>post sectio caesarea</i>	Kamis, 15 Desember 2022 09.20	S : 1. Klien mengatakan tidur malam \pm 7 jam dan cukup nyenyak 2. Klien mengatakan nyeri di luka <i>post op</i> sudah berkurang O : 1. Klien tampak lebih bugar 2. TD : 120/80 mmHg 3. Nadi :89 x/menit A : Gangguan pola tidur teratasi	Selly L
3	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	Kamis, 15 Desember 2022 10.00	S : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> sudah berkurang skala nyeri 2 dari (1-10) O : 1. Skala reda 1 (<i>reednes 1, edema 0, ecchymosis 0, discharge 0, approximation 0</i>) 2. Leukosit 12.200 /mm ³ 3. Suhu : 36,6 ⁰ C	Selly L

1	2	3	4	5
			<p>A : Risiko infeksi</p> <p>P : <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Lakukan perawatan luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. kolaborasi terapi farmakologi </p> <p>I : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Melakukan perawatan luka 3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Berkolaborasi terapi farmakologi </p> <p>E : Masalah teratasi sebagian</p> <p>R : Pertahankan intervensi</p>	

3.2 Pembahasan

3.2.1 Analisis Pembahasan Tahapan Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien (Wicaksono, 2019).

Pada hasil pengkajian pada tanggal 12 Desember 2022 pada Ny. V di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut yang berusia 24 tahun, dengan diagnose medis post *sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress*. Didapatkan hasil pengkajian bahwa klien mengeluh nyeri pada luka post *sectio caesarea*, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, skala nyeri 6 (0-10), nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, klien juga mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, klien juga mengatakan bahwa ketidaknyamanan dengan kondisinya saat ini. Ny. V juga mengeluh sulit tidur dan sering terbangun karena nyeri pada luka post *section caesarea*. Pada teori yang tercantum pada (Dermawan, 2017) pada umumnya pasien post *sectio caesarea* mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan

akibat luka pembedahan. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran composmentis (GCS E:4, M:6, V:5), keadaan klien lemah, dengan tanda-tanda vital tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 90 x/menit, pernapasan : 22 x/menit, suhu : 36,6⁰C, spo2 : 98%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada bagian abdomen terdapat luka post sectio caesarea ± 12 cm dengan posisi horizontal, ada nyeri tekan. Nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan mempersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2015). Respon pasien terhadap nyeri biasanya ditunjukkan dengan peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, secara verbal pasien akan mengungkapkan ketidak nyamanan. Pasien juga akan menunjukkan respon emosi dan perilaku seperti meringis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai dan berusaha melindungi area yang terasa nyeri (Sulistyo Andamoyo, 2013).

Menurut Alfin Nurrido (2022) proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Fase inflamasi terjadi pada hari pertama hingga hari ke 5 pasca operasi. Dimana tanda fase inflamasi adalah adanya kemerahan (rubor), panas (kalor), bengkak (tumor), nyeri (dolor) dan hilangnya fungsi (functio laesa). Pada pasien timbul salah satu tanda inflamasi yaitu nyeri. Pada fase penyembuhan luka membutuhkan perawatan yang baik, karena dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Perawatan luka yang tidak baik dapat berisiko

mengalami infeksi, pada pasien terjadi peningkatan leukosit sebagai salah satu respon tubuh untuk melawan patogen penyebab infeksi. Fase proliferasi terjadi pada hari ke 6 hingga ke 21, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme. Fase maturasi dimulai sejak hari ke 22 hingga berbulan-bulan pasca operasi. Sedangkan pada klien berada pada fase inflamasi karena baru hari ke 1 pasca operasi.

2. Diagnose Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah (*problem*) pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen yaitu komponen P (Problem), E (Etiologi) dan S (Symptom atau dikenal sebagai batasan karakteristik). Maka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) (D.0077)

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan data berupa klien mengatakan nyeri pada luka *post section*

caesarea sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dari data diatas penulis menemukan data yang termasuk dalam data mayor yaitu klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, dan ada beberapa data minornya pola nafas berubah dan nafsu makan berubah, maka dapat ditegakkan diagnosa nyeri akut (SDKI, 2017). Hal ini sesuai dengan teori bahwa banyak pasien post sectio caesarea yang mengeluh rasa nyeri pada luka operasi sectio caesarea. Banyak pasien sectio caesarea yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan sectio caesarea. Pasien sectio caesarea akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalam sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat dan yang berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, Tim Pokja SDKI DPP,2017). Hal ini terjadi karena adanya respon nyeri yang dirasakan oeh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Pada pasca pembedahan terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan sebagai stimulus mekanik. Adanya kerusakan jaringan akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap

oleh reseptor nyeri sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri (Potter dan Perry, 2016).

Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian. Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis adalah nyeri akut yang harus segera di tangani, jika tidak ditangani maka akan menimbulkan masalah baru seperti gangguan rasa nyaman yang merupakan kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Oleh karena ini nyeri akut diangkat menjadi diagnosa utama.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* (D.0055)

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan data klien mengeluh sulit tidur, klien tampak lemas, tidur $\pm 2-3$ jam/hari. Sejalan dengan teori yang terdapat dalam (SDKI, 2017) gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Dari data diatas penulis menemukan beberapa data mayor yaitu sulit tidur, sering terbangun dan data minor yang ditemukan yaitu kemampuan beraktivitas menurun, maka dapat ditegakkan diagnosa gangguan pola tidur. Berdasarkan teori Masa nifas berkaitan dengan gangguan pola tidur, terutama segera setelah melahirkan. Ibu post SC mengalami gangguan pola tidur pada hari ke-

0 sampai hari ke-3 pasca dilakukannya tindakan SC dimana merupakan hari yang sulit bagi ibu karena mengalami proses persalinan dan kesulitan beristirahat (Marmi, 2014). Rasa yang tidak nyaman yang dialami oleh ibu post *sectio caesarea* pasca melahirkan yaitu lingkungan yang kurang nyaman, bayi menangis, aktivitas untuk merawat bayi, serta nyeri yang dirasakan akibat dilaksanakan *sectio caesarea* sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pola tidur pada masa nifas. Secara teoritis, pola tidur kembali mendekati normal, dalam 2-3 minggu setelah persalinan, tetapi ibu yang menyusui mengalami gangguan pola tidur yang lebih besar (Puspita Sari & Dwi Rimandini, 2014).

d. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (D.0142)

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 12 desember 2022 didapatkan data klien terdapat luka *post* operasi, kulit dipinggir luka tampak warna merah muda, panjang luka ± 12 cm, dan hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 17.900 /mm³.

Berdasarkan (SDKI, 2017) untuk penegakan diagnosa risiko infeksi terdapat faktor risiko yaitu efek prosedur invasif dan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Data yang ditemukan pada kasus yaitu risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif klien mengalami peningkatan leukosit menjadi 17.900 /mm³ (normal : 3.800-10.600 /mm³). Terkait dengan teori dan

hasil data yang ada menunjukkan untuk menegakkan diagnosa risiko infeksi diangkat menjadi diagnosa keperawatan pada klien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakana oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Dimana tindakan keperawatan setelah semua data yang terkumpul semua selesai dilakukan prioritas masalah. Rencana tindakan yang akan dilakukan adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) dibuktikan dengan keluhan nyeri (D.0077)

Berdasarkan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) dibuktikan dengan keluhan nyeri dalam perumusan diagnosa keperawatan (D.0077). Maka intervensi yang akan dilakukan yaitu intervensi utama dalam klasifikasi intervensi keperawatan nyeri akut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (outcome). Adapun luaran yang digunakan pada pasien dengan nyeri akut adalah luaran utama. Luaran utama yaitu tingkat nyeri dengan kriteria hasil meliputi keluhan nyeri menurun, meringis menurun, keluhan sulit tidur menurun dan tekanan darah membaik (SLKI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan.

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama pasien dengan nyeri akut yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesic, terapi pemijatan, terapi relaksasi (SIKI, 2018).

Maka intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu manajemen nyeri, terdiri dari observasi terdiri dari identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik foot massage sesuai EBP, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Rencana tindakan yang saya lakukan mengacu pada penelitian (Rizki, Aay & Dewi, 2020) yang berjudul “ Pengaruh *Foot Massage* Terhadap Tingkat Nyeri Klien *Post Operasi Sectio Caesarea*” menyatakan bahwa ada pengaruh *foot massage* yang dilakukan selama 20 menit terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea*.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* dibuktikan dengan kesulitan tidur (D.0055)

Berdasarkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* dibuktikan dengan kesulitan tidur (D.0055), maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu dukungan tidur, terdiri dari identifikasi faktor pengganggu tidur. Terapeutik terdiri dari modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu), lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (teknik *foot massage*), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, dan ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dengan kriteria hasil dari intervensi yang telah ditentukan yaitu Keluhan sulit tidur menurun, Keluar sering terjaga menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive (D.0142)

Berdasarkan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive (D.0142), maka intervensi ataupun rencana tindakan yang akan dilakukan menggunakan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi. Terdiri dari monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis, batasi jumlah pengunjung, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi pemberian obat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Dengan kriteria hasil dari intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu membran mukosa lembab meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Penentuan intervensi keperawatan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan referensi dengan mempertimbangkan jenis intervensi/tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi klien, penilaian efektivitas dan efisiensi keberhasilan mengatasi masalah klien. Terdapat beberapa intervensi yang penulis lakukan pada saat pemberian asuhan keperawatan untuk pemberian intervensi penulis hanya memberikan beberapa intervensi yang sifatnya mengurangi nyeri seperti teknik *foot massage* dimana teknik ini dilakukan pada 24-48 jam *post* operasi, dimana salah satu cara yang dilakukan yaitu pijatan pada kedua kaki selama 20 menit dengan masing-masing kaki 10 menit dengan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan atau tekanan lembut pada bagian kulit). Hal ini sejalan dengan penelitian (Rumhaeni & Dewi, 2020) bahwa *foot massage* efektif dalam mengurangi nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yaitu implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai kriteria hasil ataupun tujuan yang telah ditentukan. Dan penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan kriteria hasil, kemudian implementasi yang diberikan berupa tindakan keperawatan sesuai intervensi yaitu diantaranya :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) dibuktikan dengan keluhan nyeri (D.0077)

Pada diagnosa pertama yaitu diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) dibuktikan dengan keluhan nyeri (D.0077), yang telah dirumuskan dalam perumusan diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama manajemen nyeri yang telah ditentukan, maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan respon klien mengatakan nyeri pada luka *post op*, tampak luka *post SC* di abdomen berbentuk horizontal dengan panjang ± 12 cm, mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 6 dari (0-10), mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil klien tampak meringis, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil nyeri bertambah bila ada pergerakan lebih dan berkurang jika istirahat dan minum obat, memberikan teknik *foot massage* untuk mengurangi

nyeri dengan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan atau tekanan lembut pada bagian kulit) selama 20 menit dengan masing-masing kaki selama 10 menit dilakukan 3 hari berturut-turut hingga didapatkan penurunan skala nyeri pada klien, mengajarkan teknik *foot massage* untuk mengurangi rasa nyeri (sesuai EBP) respon pasien dan keluarga sudah paham dan dapat melakukan teknik yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri, pemberian obat ketorolac 1x30 mg IV.

Pemberian teknik *foot massage* didukung oleh penelitian (Dewi & Aay, 2020) yaitu dilakukan dengan cara memijat kaki selama 20 menit, pada prinsipnya teknik *foot massage* dapat menurunkan skala nyeri melalui efek *massage* secara mekanis memiliki kemampuan untuk melatih syaraf dan otot tubuh yang mengarah ke otak sehingga dapat membuat tubuh lebih sehat dan bugar serta mengurangi nyeri. Sejalan dengan penelitian (Masadah, Cumbun, 2020) *Foot massage therapy* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan hormon serotonin dan dopamin.

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* dibuktikan dengan kesulitan tidur (D.0055)

Pada diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* dibuktikan dengan

kesulitan tidur, yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yaitu dukungan tidur maka yang dilakukan yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil klien mengatakan susah tidur karena nyeri di luka bekas operasi *sectio caesarea*, memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, suhu ruangan, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (*foot massage* sesuai EBP, pengaturan posisi) dengan hasil klien rilek dan nyaman saat dilakukan tindakan *foot massage* selama 20 menit, menjelaskan pentingnya tidur cukup dengan hasil klien tampak bisa memahami apa yang telah dijelaskan, mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi teknik *foot massage* sesuai EBP dengan hasil klien dan keluarga dapat melakukan teknik *foot massage*.

c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (D.0142)

Pada diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif, yang telah dirumuskan dalam perumusan masalah diagnosa keperawatan, maka implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi utama yaitu pencegahan infeksi. Implementasi yang pertama memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil klien sulit tidur karena nyeri luka *post* operasi *sectio caesarea*, klien terpasang DC, klien terpasang infus ditangan sebelah kiri, klien mengatakan nyeri pada luka *post op*, membatasi jumlah

pengunjung hasilnya adalah pengunjung dibatasi hanya 2 orang, memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi hasilnya klien paham mengenai tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi hasilnya klien makan TKTP. Memberikan antibiotik hasilnya telah diberikan metronidazole 3x500 mg IV dan cefotaxime 2x1 gr.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan (Santa, 2019).

Evaluasi disusun menggunakan format SOAP yaitu diantaranya :

S : Berupa perasaan ungkapan atau keluhan yang dikeluhkan secara objektif

O : Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis

Berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post op Sectio caesarea*) dibuktikan dengan keluhan nyeri, dilakukan implementasi selama 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa nyeri akut teratasi, dengan mengidentifikasi skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan

teknik *foot massage* selama 20 menit selama 3 hari dan dilakukan satu kali sehari dengan skala nyeri sebelum dilakukan teknik *foot massage* 6 dari (0-10) yaitu nyeri sedang dan hasil dari dilakukan implementasi teknik *foot massage* selama 3 hari didapatkan penurunan skala nyeri yaitu 3 dari (0-10) skala ringan. Dan pemberian analgetik. Untuk hasilnya setelah dilakukan pemberian teknik *foot massage* tingkat nyeri klien menurun 1-2 tingkat perhari nya.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka *post sectio caesarea* dibuktikan dengan kesulitan tidur. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa gangguan pola tidur teratasi, dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat kaki sesuai EBP) dengan hasil pola tidur klien sudah membaik menjadi ± 7 jam.

Risiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif. Dari studi kasus berdasarkan pengelolaan asuhan keperawatan dan dilakukan implementasi selama 3x24 jam, didapatkan bahwa diagnosa risiko infeksi teratasi, salah satunya dengan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik untuk hasilnya tingkat infeksi menurun dan kadar sel darah putih membaik. Hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 12.200 /mm³.

3.2.2 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice* (EBP)

Bagan 3.8
Hasil Analisa Jurnal

No	Judul Penelitian	Nama Penulis dan Tahun	Populasi Dan Sampel	Metode	Kesimpulan
1	2	3	4	5	6
1	Pengaruh <i>Foot massage</i> Terhadap Tingkat Nyeri Klien Oprasi <i>Sectio caesarea</i>	Rizki Muliani, Aay Rumhaeni Dan Dewi Nurlaelasari (2020)	Sampel dalam penelitian ini adalah pasien <i>post partum</i> dengan <i>sectio caesarea</i> yang menjalani rawat inap di RS AMC sebanyak 27 orang yang ditentukan dengan teknik purposive sampling	Metode penelitian ini menggunakan pre eksperimen	Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah klien <i>post operasi sectio caesarea</i> berada di tingkat nyeri sedang (skala 6) sebelum dilakukan <i>foot massage</i> dan hampir setengah memiliki tingkat nyeri ringan (skala 3) sesudah dilakukan <i>foot massage</i> dan didapatkan nilai p value = 0.000, sehingga disimpulkan ada pengaruh <i>foot massage</i> terhadap tingkat nyeri pada klien <i>post operasi sectio caesarea</i> .
2	Pengaruh <i>Foot massage</i> Therapy terhadap Skala Nyeri Ibu Post Op Cesaria di Ruang Nifas RSUD Kota Mataram	Masadah, Cembun & Ridawati Sulaeman (2020)	Sampel adalah 42 ibu <i>post section</i> secarea di RSUD Kota Mataram	Penelitian ini menggunakan desain Pre Eksperimental	Hasil penelitian menunjukan bahwa skala rata-rata nyeri sebelum intervensi yaitu 6,55 sedangkan skala nyeri sesudah intervensi 4,86. Uji wilcoxon menunjukan hasil p value = 0,00 < α = 0,05. Persentase responden dengan nyeri berat setelah intervensi menjadi 0%. Persentase responden dengan nyeri sedang juga menurun dari 84% pre intervensi menjadi 54% <i>post</i> intervensi. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan <i>foot massage</i> therapy terhadap perubahan nyeri pasien <i>post op Sectio Cesarea</i>

1	2	3	4	5	6
3	Penerapan Teknik Relaksasi <i>Foot massage</i> Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien <i>Post Sectio caesarea</i> Di Bangsal Firdaus PKU Gamping	Gianina Sindi M & Syahruramdhani Syahruramdhani (2023)	sampel pada 12 pasien di bansal Firdaus PKU Gamping	Metode penelitian ini dengan menggunakan pre eksperimen	Hasil studi kasus menunjukkan adanya penurunan skala nyeri pada pasien <i>post sectio caesarea</i> setelah dilakukan tindakan <i>foot massage</i> . Dari hasil studi kasus dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh signifikan terapi <i>foot massage</i> terhadap perubahan nyeri pada pasien <i>post sectio cesarea</i> .
4	Pengaruh Foot Massage Terhadap Nyeri <i>Post Sectio Caesarea</i> Di BLUD RSUD Kota Langsa	Henniwati, Dewita, Idawati (2021)	Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu <i>Post Sectio caesarea</i> yang ada di BLUD RSUD Kota Langsa sampel pada penelitian ini sebanyak 16 orang pada kelompok control dan 16 orang pada kelompok perlakuan	Metode penelitian ini bersifat quasi eksperiment dengan rancangan <i>post test only control group</i> desain, dengan menggunakan skala nyeri, dan rumus Federer	Hasil penelitian uji normalitas pada kedua kelompok didapati hasil berdistribusi normal ($>0,05$), sedangkan pada Uji Independen T-test didapatkan Foot Massage berpengaruh dalam pengurangan nyeri pada ibu <i>post sectio caesarea</i> dengan nilai Sig. 0,000. Kesimpulan : Foot Massage mampu mengurangi nyeri pada ibu <i>Post Sectio caesarea</i>
5	<i>Effect of Foot massage on Fatigue and Incisional Pain among Post Caesarean</i>	Hayam Fathey Ahmed Eittah, Fatma Saber Nady Mohammed, Nagat Salah	<i>A purposive sampling technique was employed to choose a sample of 100 post-caesarean women who were then randomly assigned into two groups,</i>	<i>Tools: Three tools were used (I) a structured interview questionnaire, (II) a fatigue assessment scale,</i>	<i>Results: The current study revealed that the majority of intervention group experienced mild pain during the posttest when compared to the control group. Additionally there was highly statistical significant differences regarding to the scores of fatigue and pain in the intervention group as</i>

	<i>Women</i>	Shalaby salama, Noha Hassan AbdElfattah Mohamed (2021)	<i>with 50 post-cesarean women in each group (the intervention and control groups)</i>	<i>and (III) Visual Analogue Scale</i>	<i>compared to control group pain (P= <0.05. Conclusion: Foot massage was useful in reducing fatigue level and incisional pain among postcesarean women</i>
--	--------------	---	--	--	---

Hasil interpretasi dari 5 artikel yang ada di atas maka dapat disimpulkan bahwa semua jurnal menyatakan ada pengaruh *foot massage* terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea*. dengan melakukan teknik *foot massage* selama 20 menit ada penurunan intensitas nyeri dari skala sedang ke skala ringan yaitu penurunan 1-2 skala per hari nya

3.2.3 Pembahasan *Evidence Based Practice*

Berdasarkan analisis dari pengkajian pada Ny. V dengan diagnosa medis *post* operasi section caesarea POD 1 dengan salah satu masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut. Untuk masalah keperawatan tersebut penulis melakukan intervensi *foot massage* selama 3 hari dengan frekuensi satu kali sehari selama 20 menit, dengan menggunakan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan atau tekanan lembut pada bagian kulit) lalu bebaskan bagian kaki dari selimut atau kaos kaki dilakukan pada masing-masing kaki secara bergantian, melumaskan minyak esensial dikaki supaya kulit tidak lecet dan mudah di pijat, tahap pertama *massage* pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tahap kedua *massage* tungkai bawah belakang (otot betis), tahap selanjutnya *massage* otot punggung kaki dan yang terakhir *massage* otot telapak kaki. Didapatkan hasil sebelum dilakukan *foot massage* skala nyeri 6 dari (0-10) yaitu nyeri sedang, dan setelah diberikan *foot massage* selama 3 hari dengan frekuensi 1 kali sehari dan dilakukan selama 20 menit respon subjektif klien mengatakan nyeri luka *post sectio caesarea* berkurang dengan skala nyeri 3 dari (0-10) yaitu menjadi nyeri ringan. Hal ini sejalan dengan hasil telaah yang telah dilakukan oleh penulis, bahwa *foot massage* ada pengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

Menurut teori bahwa *foot massage* merupakan salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek

meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Afianti, 2017). Foot massage adalah manipulasi jaringan lunak pada kaki secara umum dan tidak terpusat pada titik-titik tertentu pada telapak kaki yang berhubungan dengan bagian lain pada tubuh (Abduliansyah, 2018).

Faktor yang berpengaruh mengurangi nyeri juga dari asupan nutrisi dengan diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein), diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Protein mensuplai asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi. Vitamin A dan zinkum dibutuhkan untuk epitelialisasi, dan vitamin C serta zinkum diperlukan untuk sintesis kolagen dan integrasi kapiler. Zat besi digunakan untuk sintesis hemoglobin yang bersama oksigen diperlukan untuk menghantarkan oksigen keseluruh tubuh. Nutrisi sendiri juga dapat membantu tubuh dalam meningkatkan mekanisme pertahanan tubuh (sistem imun), dan pada akhirnya akan membantu proses penyembuhan luka. Perawatan luka berpengaruh pada proses penyembuhan luka.

Sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa penyembuhan luka pada pasien *post section caesarea* yaitu dengan mengkonsumsi telur rebus sebanyak 4 telur dalam sehari selama seminggu dapat mempercepat penyembuhan luka (Lisa Rosniawati, 2021). Jadi seiring berjalannya waktu dan asupan nutrisi yang dikonsumsi juga dapat mempercepat proses

penyembuhan luka sehingga intensitas nyeri juga dapat berkurang atau menurun.

Menurut Alfin (Nurrido, 2022) proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu fase inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Fase inflamasi terjadi pada hari pertama hingga hari ke 5 pasca operasi. Fase proliferasi terjadi pada hari ke 6 hingga ke 21, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase maturasi dimulai sejak hari ke 22 hingga berbulan-bulan pasca operasi. Dibantu juga dengan pemberian obat analgetik dan antibiotik. Selain itu juga dukungan keluarga sangat penting untuk mengurangi nyeri pada pasien post sectio caesarea. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perwujudan dari sikap perhatian dan kasih sayang yang dapat diberikan baik dalam bentuk fisik maupun psikis (Nurul Azizah, 2018).

Menurut asumsi penulis yang di dapatkan dari hasil observasi dilapangan kemungkinan bahwa penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea* bukan hanya dengan dilakukan teknik *foot massage* saja semata melainkan ada dari pengaruh yang lain seperti dari makanan yang dikonsumsi, kondisi pasien, pemberian terapi farmakologi yaitu analgetik dan antibiotik dan dari dukungan keluarga.

Dari hasil penerapan intervensi manajemen nyeri dengan teknik *foot massage* yang penulis dapatkan bahwa ada pengaruh pemberian teknik *foot massage* yang dilakukan terhadap penurunan intensitas nyeri pada

pasien *post section caesarea* di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Dewi & Aay Rumhaeni, 2020) bahwa ada pengaruh *foot massage* terhadap tingkat nyeri pada klien *post operasi sectio caesarea*. Waktu yang diperlukan untuk *foot massage* berdasarkan penelitian ini relevan singkat yaitu selama 20 menit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Cembun & Ridawati Sulaeman, 2020) yang menyatakan bahwa *foot massage therapy* yang dilakukan selama 20 menit, dengan masing-masing 10 menit tiap kaki. Didapatkan hasil ada pengaruh signifikan *foot massage therapy* terhadap perubahan nyeri pasien *post op sectio caesarea*. Sejalan juga dengan hasil penelitian (Gianina & Syahruramdhani, 2023) hasil dari penelitian tersebut bahwa terjadi perubahan nyeri pada pasien *post sectio caesarea* setelah dilakukan *foot massage*. Hasil dari penelitian menurut (Herniwati, Dewita & Idawati, 2021) berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pemberian *foot massage* mampu mengurangi nyeri pada ibu *Post Sectio caesarea*. adapun hasil penelitian (Eittah et, al 2021) hasil dari penelitian tersebut didapatkan pengaruh penurunan tingkat dan nyeri insisi pada wanita *post sectio caesarea* dengan menggunakan teknik *foot massage*.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap Ny. V dengan *post section caesarea* dari tanggal 12 – 15 desember 2022, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menyusun permasalahan pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
6. Penulis penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Ny. V dengan *post sectio caesarea* POD 1 atas indikasi *fetal distress* dengan manajemen nyeri : teknik *foot message* di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
7. Penulis mampu menganalisa *Evidence Based Practice* (EBP) tentang salah satu diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut dengan terapi *Foot massage*. Pada hasil *evidence based practice* manajemen nyeri : teknik *foot massage* yang telah penulis lakukan di dapatkan terdapat pengaruh *foot massage* terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea*.

4.2 Saran

4.2.1 Rumah Sakit

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan dan bahkan referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan tentang pemberian intervensi pada pasien *post section caesarea* di pelayanan kesehatan, dan perawat direkomendasikan dapat menerapkan terapi *Foot massage* untuk mengatasi nyeri. Tetapi dibarengi juga dengan teknik penurunan manajemen nyeri yang lainnya baik itu teknik farmakologi maupun non farmakologi.

4.2.2 Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sebagai salah satu bagian dari pembelajaran asuhan keperawatan pada pasien dengan *Post Section Caesarea*.

4.2.3 Mahasiswa Penulis

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya penulis selanjutnya agar dapat mengaplikasikan terapi *foot massage* pada pasien *post section caesarea* yang mengalami nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjarsari, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea*. Lumajang : Universitas Jember.
- Aisara, S., Azmi, S., & Yanni, M. (2018). Gambaran Klinis Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 42. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i1.778>
- Amin Huda Nurarif, & Hardhi Kusuma, (2015). *aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc* (jilid 3). penerbit mediacion jogja.
- Bambang Trisnowiyanto. (2012). *Keterampilan Dasar Massage*. Yogyakarta: Muha Medika.
- Chanif. (2013). *Evidence Based Of Pain Management in Post operative patients a case study*. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 1. No. 2, 91-96. Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. D. (2014). *Pregnancy Hypertension*. Dalam F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. C. Hauth, L. Gilstrap, & K. D. Wenstrom (Penyunt.), *Williams Obstetrics* (24th Edition ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Chanif & Khoiriyah. (2016). *efektivitas terapi pijat refleksi kaki terhadap tekanan darah pada pasien hipertensi*. <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/2275/2256>.
- Dewi Nurlaela Sari, A. R. (2020). *Foot Massage Reduce Post Operation Pain Sectio Caesarea At Post Partum Pijat Kaki Dalam Menurunkan Nyeri Setelah Operasi Sectio Caesar Pada Ibu Nifas*. 6(25), 164–170.
- Dinarti, R., Aryani, H., Nurhaeni, Chairani, & Tutiany. (2013). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Dunn, L. K., Naik, B. I., Nemergut, E. C., & Durieux, M. E. (2016). Post-Craniotomy Pain Management: Beyond Opioids. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 16(10). <https://doi.org/10.1007/s11910-016-0693-y>

- Hasyiyati Awanis. 2021. Pengaruh Terapi *Foot Massage* dan Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri *Rheumatoid Arthritis* (RA) Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil tahun 2021. Skripsi. Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu
- Kemenkes, RI. (2017). Buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan. Jakarta: kemenkes
- Kasdu. 2013. *Operasi Caesar Masalah Dan Solusinya*. Jakarta: Puspa Swara.
- Lestari, Endang Rahayu Fuji. 2014. *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Melalui Media Elektronik Video Terhadap Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Pada Siswa Smp N 9 Surakarta*. Surakarta
- Manuaba. (2018). *Pengantar Kuliah Obstetri*. ECG : Jakarta.
- Mgaya, A. et al., 2016. Criteria-based audit to improve quality of care of foetal distress: standardising obstetric care at a national referral hospital in a low resource setting, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*, Volume 16, pp. 3-4.
- Mochtar, R. 2013. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Majid, Abdul, Muhammad Judha & Umi Istinah. (2011). *Keperawatan Perioperatif*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Maritalia, D. (2017). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. (S. Riyadi, Ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Morgan, G Edward, S Mikhail. *Clinical Anesthesiology*. New York: MC Graw Hill; 2006.
- Muliani, R., Suprapti, T., & Nurkhotimah, S. (2020). Stimulasi Kutaneus (Foot Massage) Menurunkan Skala Nyeri Pasien Lansia Dengan Rheumatoid Arthritis. *Jurnal Wacana Kesehatan*,
- Padila. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pallasama, N. 2014. Cesarean section on Short Term Maternal Complications Related to The Mode of Delivery .Universitas of Turki
- Prajayanti, E. D., & Sari, I. M. (2022). Pijat kaki (foot massage) terhadap kualitas tidur penderita hipertensi. *Nursing Sciences Journal*, 6(1), 49-54.

- Prawirohardjo, Sarwono. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. 1st ed. cetakan kelima Abdul Bari Saifuddin, editor. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2018.
- Purwoastuti, E & Walyani, E.S.(2015). Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Pramono, W.H. and Suci L, Y.W. (2019) 'Penerapan Terapi Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Rheumatoid Arthritis Pada Lansia', *Jkep*, 4(2), pp.137–145. doi:10.32668/jkep.v4i2.263
- Sujatmiko. (2013). *Pemberian Metode Relaksasi Napas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi*. Jurnal Kesehatan vol 1. Diakses dari: <http://www.google.co.id/url?q=https://adysetiadi.files.wordpress.com/2012/03/jurnaljadi-word-september-2013wordpress.doc>
- Sarwono. 2015. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sjamsuhidajat R, De Jong W, Editors. Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat-De Jong. Sistem Organ dan Tindak Bedahnya (1). 4th ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2017.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Warsono, W., Fahmi, F. Y., & Iriantono, G. (2019). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Di RS PKU Muhammadiyah Cepu. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.32584/Jikmb.V2i1.244>
- Williams, J. W., 2014. Intrapartum Assessment. In: G. Cunningham, K. Leveno, S. Bloom & Catherine, eds. *William Obstetric*. 24 ed. United States: McGraw- Hill Education, pp. 141, 491-497
- Wiknjastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009; 523 - 529.
- WHO. (2019). Maternal mortality key fact. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Lampiran 1. SOP *Foot massage*

1. Tahap orientasi
 - a. Salam terapeutik (beri salam dengan sopan dan perkenalkan diri untuk pertemuan pertama)
 - b. Evaluasi validasi (menanyakan nama dan tempat tanggal lahir, konfirmasi pada gelang identitas)
 - c. Informed consent (jelaskan tujuan prosedur, tindakan hal yang perlu dilakukan oleh pasien selama terapi *foot massage* dilakukan dan berikan kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan).
2. Fase interaksi
 - a. Melakukan persiapan alat (menyiapkan kelengkapan dan mendekatkan alat-alat)
 - b. Melakukan persiapan pasien
 - 1) Posisikan pasien supinasi (terlentang)
 - 2) Anjurkan pasien untuk rileks
 - 3) Bebaskan area kaki dari selimut dan kaos kaki
 - c. Melakukan persiapan lingkungan
 - 1) Atur pencahayaan
 - 2) Atur suhu
 - 3) Privasi pasien (tutup sampiran) dan keamanan pasien
 - 4) Melakukan persiapan petugas
 - d. Mencuci tangan

e. Menggunakan APD

f. Berdoa

3. Prosedur kerja

a. Bebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki dan sebaliknya kaki yang belum dipijat biarkan menggunakan selimut atau kaos kaki.

b. Melumaskan minyak esensial di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (massage)

c. Lakukan pijatan dengan teknik effleurage (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan patrisage (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat).

d. Tahapan pertama massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2,5 menit,

e. Tahapan kedua massage tungkai bawah belakang (otot betis) selama 2,5 menit,

f. Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2,5 menit

g. Dan terakhir massage otot telapak kaki selama 2,5 menit

h. Lakukan pijatan pada kaki satunya

i. Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissue

4. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif

- 1) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan kembali klien ke posisi yang nyaman.
 - 2) Evaluasi perasaan klien
- b. Evaluasi objektif
- 2) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien selesai tindakan
- c. Rencana tindak lanjut (menganjurkan keluarga klien untuk melakukan terapi *foot massage* kepada pasien pada pagi dan sore)
- d. Kontrak yang akan datang (lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya).

Catatan : terapi *foot massage* sebaiknya dilakukan 1-2 kali dalam satu hari untuk menurunkan skala nyeri.

Lampiran 2. Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MANAJEMEN NYERI DENGAN TEKNIK *FOOT MASSAGE*



Disusun Oleh:

SELLY LATIFAH

KHGD22039

PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XII

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

2023

**SATUAN ACARA PENYULUHAN PIJAT
KAKI PADA NYERI POST OPERASI
SEECTIO CAESAREA**

Pokok Bahasan	: Pijat kaki Pada Ibu Post <i>Sectio Caesarea</i>
Hari / Tanggal	: Senn, 12 Desember 2022
Waktu	: 30 menit
Pukul	: 10.00 WIB
Penyuluh	: Selly Latifah

A. Latar Belakang

Nyeri yang timbul dapat menimbulkan berbagai masalah pada ibu misalnya ibu menjadi malas untuk melakukan mobilisasi dini, apabila rasa nyeri dirasakan hebat ibu akan fokus pada dirinya sendiri tanpa memperdulikan bayinya dan juga akan menimbulkan kecemasan, sehingga akan menghambat produksi ASI (Nurliawati, 2013).

Disproporsi kepala panggul merupakan salah satu indikasi dilakukannya *sectio caesarea*. Disproporsi kepala panggul adalah ketika kepala atau badan bayi terlalu besar untuk melewati panggul ibu. Keadaan ini menggambarkan bahwa ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina (Harry dan Fote, 2010).

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, klien mampu memahami tentang teknik nonfarmakologi mengatasi nyeri dan kecemasan dengan cara manajemen pijat tangan dan kaki.

2. Tujuan khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan klien dapat: a.

Menyebutkan kembali definisi pijat refleksi

b. Menyebutkan kembali definisi terapi pijat kaki

c. Menyebutkan kembali tujuan terapi pijat kaki

d. Menyebutkan kembali manfaat terapi pijat kaki

e. Menyebutkan kembali langkah-langkah atau prosedur tindakan terapi pijat kaki

C. Materi (terlampir)

1. Definisi pijat refleksi
2. Definisi terapi pijat kaki
3. Tujuan terapi pijat kaki
4. Manfaat terapi pijat kaki
5. Prosedur tindakan terapi pijat kaki

D. Media

1. Leaflet

E. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Tanya jawab

F. Kegiatan Penyuluhan

	Kegiatan Pendidikan Kesehatan		Waktu
	Fasilitator	Peserta (klien)	
1	Pembukaan: 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri 2. Memberikan pertanyaan apersepsi 3. Mengkomunikasikan pokok bahasan 4. Mengkomunikasikan tujuan	1. Menjawab salam 2. Mengajukan pertanyaan 3. Menjawab pertanyaan 4. Menyimak	5 menit

2	<p>Kegiatan Inti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan materi 2. Memberi kesempatan bertanya 3. Menjawab pertanyaan 4. Memberikan reinforcement 5. Melakukan demonstrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Mengajukan pertanyaan 3. Memperhatikan dan mengikuti saran yang diberikan 4. Melakukan edemonstrasi 5. Menyimak dan menjawab pertanyaan 	20 menit
3	<p>Penutup :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi 2. Melaksanakan evaluasi 3. Mengucapkan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimak 2. Menjawab pertanyaan 3. Menjawab salam 	5 menit

G. EVALUASI

1. Evaluasi Persiapan
 - a. Tempat tersedia dan siap untuk digunakan
 - b. Media dan alat siap untuk digunakan
 - c. Peserta hadir dan siap untuk mengikuti pendidikan kesehatan
2. Evaluasi Proses
 - a. Peserta mengikuti penyuluhan dengan antusias
 - b. Peserta aktif bertanya selama proses penyuluhan
3. Evaluasi Hasil
 - a. Peserta memahami tentang terapi nonfarmakologi mengatasi nyeri pijat tangan dan kaki.
 - b. Peserta mampu untuk menjawab pertanyaan seputar materi yang telah disampaikan.
 - c. Peserta mampu melakukan terapi nonfarmakologi mengatasi nyeri pijat tangan dan kaki secara mandiri

TERAPI NONFARMAKOLOGI PIJAT TANGAN DAN KAKI PADA NYERI POST OPERASI SEECTIO CAESAREA

A. Definisi terapi pijat tangan dan kaki

Massage (pijat) adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligament tanpa menyebabkan pergeseran guna menurunkan nyeri

Pijat kaki dan pijat tangan adalah sentuhan yang dilakukan pada kaki dan tangan dengan sadar dan digunakan untuk meningkatkan kesehatan

B. Tujuan terapi pijat tangan dan kaki

1. Menimbulkan relaksasi yang dalam
2. Memperbaiki aliran darah pada otot sehingga mengurangi nyeri
3. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ dalam
4. Membantu memperbaiki pergerakan

C. Manfaat terapi pijat tangan dan kaki

1. Memberikan rangsangan relaksasi
2. Meringankan badan dan mengurangi nyeri
3. Mengurangi tingkat kecemasan dan depresi
4. Melancarkan sirkulasi darah
5. Membantu mencegah cedera kaki dan pergelangan tangan

D. Tahap kerja terapi nonfarmakologi mengatasi nyeri pijat tangan dan kaki

1. Pasien diminta untuk memposisikan diri pada posisi nyaman
2. Kemudian diinstruksikan untuk tidak berbicara jika tidak diperlukan selama sesi pijat
3. Gerakan pertama dilakukan tekanan secara langsung , seperti palpasi sambil melakukan tekanan pada pasien. Pasien ditanyakan apakah tekanan yang diberikan terlalu kuat, apakah pasien merasakan nyeri yang menyakitkan , pasien diminta untuk melaporkan

4. Melakukan tekanan dengan tangan secara lambat dan pelan dengan ujung jari, tujuannya agar pasien merasakan kenyamanan
5. Gerakan kedua seperti melakukan usapan memutar dari dalam keluar, begitu sebaliknya. Diberikan Vaseline jelly agar pasien merasakan lembut dikulit dan pasien merasa rileks
6. Pemijatan dilakukan dari tangan setelah itu dilakukan dikaki . Kaki diberikan kain basah dan sekali pakai. Kemudian kaki diangkat dan diberikan bantal yang diletakkan dibawahnya.
7. Untuk setiap pemijatan pada anggota tubuh diberikan waktu 5 menit.
8. Untuk pemberian pijat ini boleh dilakukan 4 jam setelah diberikan analgetik terakhir.

KONSEP DASAR NYERI

A. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Aziz Alimul, 2014).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan akibat kerusakan jaringan yang bersifat subyektif (Potter dan Perry dalam Muttaqin, 2010).

B. Fisiologi Nyeri

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan dan membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri, dan tekanan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung – ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu, atau kimiawi. Proses fisiologis yang terkait dengan nyeri adalah nosisepsi.. Ada empat proses yang jelas yang terjadi pada suatu nosisepsi, yakni (Asmadi, 2008) :

1. Proses Transduksi

Transduksi adalah proses dari stimulasi nyeri dikonversi ke bentuk yang dapat diakses oleh otak atau proses dimana stimulus noxius diubah ke impuls elektrik pada ujung saraf. Proses transduksi dimulai ketika nociceptor (reseptor yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri) teraktivasi yaitu oleh suatu stimuli kuat (noxious stimuli) seperti tekanan fisik kimia, suhu dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf perifer.

2. Proses Transmisi

Transmisi adalah serangkaian kejadian-kejadian neural yang membawa impuls listrik melalui sistem saraf ke area otak. Saraf aferen akan ber-axon pada dorsal horn di spinalis. Selanjutnya transmisi ini dilanjutkan melalui sistem contralateral spinalthalamic melalui ventral lateral dari thalamus menuju cortex serebral dimana proses penyaluran impuls melalui saraf sensori sebagai lanjutan proses transduksi melalui serabut A-delta dan serabut C dari perifer ke medulla spinalis, dimana impuls tersebut mengalami modulasi sebelum diteruskan ke thalamus.

3. Proses Modulasi

Proses terjadinya interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis merupakan proses ascenden yang dikontrol oleh otak. Analgesik endogen (enkefalin, endorphen, serotonin, noradrenalin) dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Dimana kornu posterior sebagai pintu dapat terbuka dan tertutup untuk menyalurkan impuls nyeri untuk analgesik endogen tersebut. Inilah yang menyebabkan persepsi nyeri sangat subjektif pada setiap orang.

4. Persepsi

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada akhirnya akan menghasilkan suatu proses subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

C. Teori Nyeri

Menurut Muttaqin (2010) terdapat beberapa teori nyeri, antara lain :

1. Teori Pemisahan (Specificity Theory)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis (spinal cord) melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah

posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori Pola (Pattren Theory)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan response dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.

3. Teori Pengendali Gebang (Gate Control Theory)

Menurut teori ini, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada di dalam akar ganglion dorsal. Rangsangan pada serat besar akan meninggalkan aktivitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksi mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor melalui transmisi impuls-impuls saraf, sehingga impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate system supresif.

D. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri berdasarkan waktu

a. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya awitannya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

2. Nyeri Berdasarkan Tempat terjadinya Nyeri

a. Nyeri Somatik

Nyeri yang dirasakan hanya pada tempat terjadinya kerusakan atau gangguan, bersifat tajam, mudah dilihat dan mudah ditangani, contoh Nyeri karena tertusuk.

b. Nyeri Visceral

Nyeri yang terkait kerusakan organ dalam, contoh nyeri karena trauma di hati atau paru-paru.

c. Nyeri Referred

Adalah nyeri yang dirasakan jauh dari lokasi nyeri, contoh nyeri angina.

3. Nyeri Berdasarkan Persepsi Nyeri

a. Nyeri Nosisepsitis

Merupakan nyeri yang kerusakannya jelas

b. Nyeri Neuropatik

Adalah nyeri yang kerusakan jaringan yang tidak jelas seperti nyeri yang disebabkan oleh kelainan pada susunan saraf.

4. Nyeri Berdasarkan Tempat

a. Periferal Pain

Nyeri yang terdiri dari nyeri pada bagian permukaan, dalam dan alihan (bukan pada sumber nyerinya).

b. Central Pain

Yakni nyeri yang terjadi akibat perangsangan sistem saraf pusat dan batang otak.

c. Phsycogenic Pain

Merupakan nyeri yang terjadi akibat faktor psikologis

d. Radiating Pain

Adalah nyeri yang terjadi dan meluas ke jaringan sekitar.

e. Panthom Pain

Merupakan nyeri pada bagian tubuh yang sudah tidak ada lagi, seperti akibat amputasi.

5. Nyeri Berdasarkan Sifatnya

a. Insidentil

Merupakan nyeri yang terjadi dan menghilang secara tiba-tiba.

b. Steady

Merupakan nyeri yang menentang dan terjadi dalam kurun waktu yang relatif lama.

c. Paroxysmal

Merupakan nyeri dengan intensitas tinggi dan rasa sakit yang kuat dan menyiksa.

d. Intractable Pain

Adalah nyeri yang resisten dengan obat.

6. Nyeri Berdasarkan Berat Ringannya

a. Nyeri Ringan

Adalah nyeri dengan taraf dan intensitas ringan.

b. Nyeri Sedang

Nyeri dengan taraf dan intensitas sedang.

c. Nyeri Berat

Nyeri dengan taraf dan intensitas berat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbaspoor Z, Akbari M, Najari S (2013) *Effect of Foot and Hand Massage In Post-Cesarean Section Pain Control: A Randomized Control Trial*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23352729>
- Ackley, Ladwig, Swan, Tucker (2008). *Evidence-Based Nursing Care Guidelines : Medical-Surgical Intervention*. Amerika, Mosby.
- Alligood, Tomey (2014) *Pakar Teori Keperawatan Edisi Indonesia ke 8 volume 2*.
Singapore : Elsevier
- Barbara & Kevin Kunz. (2012) *Pijar Refleksi Sehat lewat pijatan jari*. Penerbit
PT Grafika Multi Warna
- Biswas, S (2018) *A comparative study to assess the effectiveness of foot massage & back massage in reducing blood pressure among hypertensive patients admitted in Medicine ward at tertiary care hospital, Bhubaneswar*. 1 July 2018.
- Cassar, M. Paul. (2004). *Handbook Of Clinical Massage*. London : Elsevier
- Chandra, PK. (2013) *Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea*. 1 Juli 2018.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2169>
- Chanif, C. (2013) *Does Foot Hand Massage Relieve Acute Postoperative Pain? A Literature Review*. 1 July 2018.
<https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/4452>
- Chithra, Sandhya, Almeida, D (2014) *Effectiveness Of Hand And Foot Massage On Pain Among Woman Who Have Undergone Abdominal*

Bagaimana caranya?

- a. Pastikan posisi tempat berbaring terasa nyaman. Ambil minyak pijat yang akan digunakan. Kemudian lapisi permukaan yang akan dipijat dengan handuk lembut agar tetap bersih dan tidak terciprat minyak pijat.
- b. Lakukan proses pemanasan dengan memijat ringan dengan menggunakan minyak pijat.
- c. Cubitlah /tekan sela jari dengan menjepitkan ibu jari dan telunjuk, lalu tekan area refleks selama 10 detik dengan ibu jari.



- d. Perlahan – lahan terapkan teknik menarik jari – jari, dimulai dari ibu jari dan seterusnya secara bergiliran.



- e. Pijat telapak kaki bagian atas atau pangkal ibu jari, tekan menggunakan ibu jari dengan menggunakan teknik merambat.
- f. Lanjutkan dengan merambatkan ibu jari di bagian telapak kaki bawah membuat beberapa baris pijatan.



Yuk atasi nyeri pasca Sesar tanpa obat !!



Disusun Oleh:

SELLY LATIFAH

KHGD22039

PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XII

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA

HUSADA GARUT

2023

A. Apa itu relaksasi

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis



Apa sih manfaatnya?

- Ketentraman hati
- Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah.
- Detak jantung lebih rendah.
- Mengurangi tekanan darah.
- Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit.
- Tidur lelap.
- Kesehatan mental menjadi lebih baik

Bagaimana caranya?

- Ciptakan lingkungan yang tenang usahakan tetap rileks dan tenang



- Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3



- Tahan nafas hingga hitungan 3 (1,2,3)
- Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks



- Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- Ulangi prosedur seperti awal

B. Foot Massage

Foot massage adalah bentuk massage pada kaki yang didasarkan pada premis bahwa ketidaknyamanan atau nyeri di area spesifik kaki atau tangan berhubungan dengan bagian tubuh atau gangguan

Apa sih manfaatnya?

- untuk meredakan stress
- menjadikan tubuh menjadi rileks
- melancarkan sirkulasi darah dan mengurangi rasa sakit atau nyeri.
- untuk melatih saraf dan otot tubuh yang mengarah ke otak sehingga dapat membuat tubuh lebih sehat dan bugar.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Diri

1. Nama : Selly Latifah
2. NIM : KHGD22039
3. Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 16 Februari 2000
4. Agama : Islam
6. Status Perkawinan : Belum Menikah
8. E-mail : sellylatifah84@gmail.com
9. Alamat : Kp. Garung RT/RW. 03/06 Ds. Panyindangan
Kec. Cisompet Kab. Garut

II. Riwayat Pendidikan

1. SDN 3 Panyindangan : Tahun 2005-2011
2. SMPN 3 Tarogong Kidul : Tahun 2011-2014
3. SMAN 15 Garut : Tahun 2014-2017
4. STIKes Karsa Husada Garut
Program Studi S1 Keperawatan : Tahun 2018-2022
Program Studi Profesi Ners : Tahun 2022-2023