

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Post Sectio Caesarea

2.2.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui sayatan di dinding perut dan rahim. Operasi caesar dilakukan sebagai opsi jika pengiriman tidak memungkinkan biasa. Sectio caesarea dilakukan karena beberapa faktor. Beberapa diantaranya adalah faktor bayi, faktor ibu, riwayat persalinan. Sebagai proses operasi sectio caesarea juga memiliki indikasi antara lain adalah disproporsi pinggul (CPD), disfungsi uterus, distosia, janin besar, gawat janin, pre-eklampsia, eklampsia, hipertensi, operasi caesar sebelumnya (Hijratun, 2019).

Persalinan sectio caesarea adalah proses persalinan melalui operasi di mana sayatan dibuat di perut (laparotomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi (Sitorus, 2021). Istilah persalinan sectio caesarea berasal dari bahasa latin *cedere* yang memiliki arti memotong, merujuk dalam operasi yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Sitorus, 2021).

2.2.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Sitorus (2021), terdapat indikasi persalinan dengan operasi caesar, yakni

1. Indikasi ibu

- a. Distosia, gangguan satu atau lebih faktor P (Power, Passage, Penumpang) yang berdampak negatif bagi ibu dan janin. Distosia, yaitu kelainan dimana kekuatannya kurang baik. Distosia ada dua jenis, yaitu inersia uteri primer yang terjadi pada awal fase laten

- b. Umur
- c. Sempitnya tulang panggul
- d. Pengiriman sebelumnya oleh Sectio Caesarea
- e. Ketuban pecah dini
- f. Takut sakit
- g. Hambatan jalan lahir
- h. Kontraksi rahim yang tidak normal
- i. Penyakit ibu berat (preeklampsia berat atau eklampsia, jantung,
- j. diabetes melitus, kanker serviks, atau infeksi berat)

2. Indikasi janin

- a. Janin terlalu besar
- b. Kelainan lokasi
- c. Ancaman gawat janin atau fetal distress
- d. Janin abnormal
- e. Faktor plasenta
- f. Kelainan tali pusat
- g. Bayi kembar

3. Indikasi waktu

Selain faktor ibu dan janin terdapat indikasi waktu, ketika setelah tiga jam dibantu persalinan normal ternyata tidak memiliki hasil, maka bantuan dengan vakum atau forceps juga bisa pilihan terakhir ialah Caesarea.

2.2.3 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Triyanti et al., (2022) *sectio caesarea* diklasifikasikan menjadi 2 tipe, yaitu:

1. *Sectio caesarea* Klasik (Korporal)

Sectio Caesarea klasik ini dilakukan dengan membuat sayatan membujur tubuh rahim panjangnya sekitar 10 cm. *Sectio caesarea* jenis ini membuat pengeluaran janin lebih cepat, tidak menghasilkan komplikasi pada kandung kemih, sayatan dapat diperpanjang hingga proksimal atau distal. Namun jenis *sectio caesarea* ini menyebabkan infeksi mudah menyebar intra-abdomen karena tidak ada *reperitonealisasi* yang baik dan kelahiran berikutnya akan mudah mengalami ruptur spontan.

2. *Sectio caesarea* Ismika (Profunda)

Sectio caesarea ismika dilakukan dengan membuat sayatan potongan melintang cekung segmen bawah rahim (*low servical transversal*) panjang kurang lebih 10 cm. *Sectio caesarea* jenis ini ada beberapa kelebihanannya luka lebih mudah dijahit, penutupan luka dengan *reperitonealisasi* yang baik, flap

peritoneal yang tumpang tindih baik untuk menahan penyebaran isi rahim ke dalam rongga peritoneum, berkurang perdarahan, dan kemungkinan ruptur spontan kecil. Namun kekurangan dari jenis ini adalah lukanya bisa melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan arteri uterina putus begitu mengalami pendarahan dalam jumlah banyak dan keluhan pada kandung kemih retensi urin setelah operasi meningkat.

2.2.4 Etiologi *Sectio Caesarea*

Terdapat pelbagai etiologi etiologi *sectio caesarea*, yakni:

1. Pelvis sempit dan distosia mekanis: disporosis fetopelik, pinggul sempit, ukuran bayi terlalu besar, malposisi dan malpresentasi, difungsikan rahim, distosia jaringan lunak, neoplasma dan pertusis berkepanjangan.
2. Operasi sebelumnya pada rahim; operasi caesar, histerektomi, miomektomi ekstensi dan jahitan dalam beberapa kasus dengan jahitan serviks atau perbaikan os serviks yang tidak kompeten dilakukan dengan seksio operasi caesar.
3. Pendarahan yang disebabkan oleh plasenta previa dan solusio plasenta.
4. Toximea gravidarum meliputi preeklampsia dan eklampsia, hipertensi esensial dan nefritis kronis.
5. Indikasi janin meliputi gawat janin, catatan, insufisiensi plasenta, prolaps, finiculus umbilical, diabetes ibu,

ketidakcocokan rhesus, post caesarea ibu dan infeksi virus herpes pada saluran kelamin (Hijratun, 2019).

2.2.5 Perubahan Fisiologis

Menurut Wahyuningsih (2019), pada ibu post sectio caesare akan terjadi perubahan fisik dalam tubuh terjadi secara sistematis :

1. Perubahan TTV (Tanda-tanda Vital)

Perubahan tanda vital pada ibu post sectio caesarea meliputi suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan. Suhu tubuh normal adalah $35,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , tekanan darah normal pada pasien post sectio caesarea adalah 110-120 mmHg, nadi berkisar 60-80 x/menit jika nadi cepat disebabkan oleh infeksi, sedangkan pernafasan normal berkisar 18-20 x/menit. Tanda-tanda vital dicatat setiap setengah jam selama dua jam pertama, lalu setiap jam selama dua jam berikutnya dan seterusnya setiap 4 jam

2. Perubahan Sistem Reproduksi

Setelah post sectio caesarea, perangkat internal dan eksternal akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Mengubah Seluruh alat kelamin disebut involusi. Perubahan sistem reproduksi terdiri dari perubahan uterus, perubahan serviks, dan perubahan mammae.

a Uterus

Involusi adalah proses mengembalikan rahim ke kondisi semula hamil. Berikut ialah proses involusi uterus:

- 1) Iskemia miometrium, disebabkan oleh kontraksi dan retraksinya terus menerus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat rahim menjadi relatif anemia dan menyebabkan atrofi serat otot.
- 2) Atrofi jaringan terjadi sebagai akibat reaksi penghentian hormon estrogen pada saat pengeluaran plasenta.

3) Autolisis, proses penghancuran yang terjadi pada otot rahim. Enzim proteolitik akan memperpendek jaringan otot yang ada mengendur hingga 10 kali panjang sebelum hamil dan 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan oleh penurunan hormon estrogen dan progesteron

4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan kontraksi dan retraksi otot rahim sehingga akan menekan pembuluh darah mengakibatkan penurunan pembuluh darah hal ini menyebabkan suplai darah ke rahim berkurang. Proses ini membantu mengurangi tempat atau tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan.

Perubahan uterus ini diketahui dengan pemeriksaan palpasi ketinggian fundus uteri. Selama 12 jam pertama postpartum, rahim mengalami kontraksi yang kuat dan teratur selama 2-3 hari berikutnya. Rahim berinvolusi dengan cepat selama 7-10 menit hari pertama dan

selanjutnya involusi uterus berlangsung lebih lama perlahan-lahan.

b Lochea

Lochia merupakan ekskresi cairan uterus selama post partum. Lochia berbau tengik dengan volume yang berbeda pada setiap pasien. Total rata-rata jumlah cairan lochia sekitar

240-270 ml. Lochia juga berbau rasa tidak enak menandakan adanya infeksi, lochia terbagi menjadi enam, yakni:

- 1) Lochea Rubra Lochea rubra keluar pada hari pertama sampai hari ke empat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.
- 2) Lochea Sanguinolenta Lochea yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir yang berlangsung hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.
- 3) Lochea Serosa Lochea berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan laserasi plasenta hari ke-7 sampai hari ke-14.
- 4) Lochea Alba Lochea cairan putih yang mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati yang berlangsung selama 2-6 minggu setelah post partum.

5) Lochea Purulenta Lochea ini terjadi karena adanya infeksi, sehingga cairan yang keluar seperti nanah yang berbau busuk.

6) Lochiostatis Pengeluaran lochea yang tidak lancar

c Serviks

Serviks mengalami involusi dengan uterus, setelah melahirkan ostium externa dapat dimasuki 2-3 jari, setelah 6 minggu post serviks natal akan menutup. Selama pelebaran terjadi robekan kecil serviks tidak pernah kembali ke keadaan sebelum hamil berupa lubang kecil seperti jarum, namun leher rahim hanya bisa kembali sembuh.

d Payudara

Terjadinya pembesaran payudara, lebih kencang, dan terasa lembut pada awalnya sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal dan inisiasinya laktasi. Ini karena suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan pembuluh darah sementara, air Susu diproduksi dan harus dikeluarkan dengan cara yang efektif dihisap oleh bayi.

3. Perubahan Abdomen

Persalinan dengan operasi sectio caesarea memiliki luka post sectio dengan berbagai jenis sayatan. Jadi ada perubahan pada pola pencernaan pasien post yang membutuhkan waktu sekitar

103 hari sehingga fungsi saluran cerna dan nafsu makan kembali normal

4. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan pada masa kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, Salah satunya adalah tingginya kadar progesteron yang mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan

kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot polos. Setelah melahirkan kemudian diratakan progesteron akan menurun, sedangkan fisiologi usus membutuhkan waktu 3-4 jam hari untuk kembali normal. Setelah melahirkan dengan sectio caesarea atau ibu normal akan merasa lapar, pemulihan nafsu makan membutuhkan waktu 3-4 hari sebelum fisiologi kembali normal. Penurunan kadar progesteron, asupan makanan juga dikurangi untuk satu atau dua hari. Kelebihan Anestesi dapat menunda kembalinya tonus dan motilitas normal. Setelah melahirkan, sering mengalami sembelit. Masalah ini karena penurunan tonus otot usus selama persalinan.

5. Perubahan Sistem Perkemihan

Kesulitan buang air kecil selama 24 jam, urin akan keluar dalam jumlah banyak diproduksi dalam 12-36 jam setelah melahirkan. Hal tersebut menyebabkan diuresis dari urete yang melebar untuk kembali normal waktu 6 minggu. Sehingga perlu dilakukan pemasangan kateter karena kondisi tersebut organ reproduksi belum berfungsi optimal pasca sectio caesarea.

6. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pembuluh darah yang berada di antara otot rahim akan terjepit, sehingga proses perdarahan akan berhenti setelah plasenta dilahirkan. Distensi berkepanjangan akibat pembesaran rahim selama hamil, dinding perut masih sedikit lembek dan kendur sementara. Untuk memulihkan jaringan pendukung alat kelamin, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, jadi dianjurkan untuk melatih gerakan tertentu. Pada hari ke 2 post op sudah dapat melakukan fisioterapi.

7. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung peningkatan aliran darah yang dibutuhkan oleh plasenta dan pembuluh darah darah h. Estrogen yang ditarik akan menyebabkan diuresis terjadi dengan cepat sehingga mengurangi volume plasma lagi proporsi normal. Ini terjadi 2-4 jam setelah kelahiran bayi. Pada persalinan dengan sectio caesarea, menghabiskan 400-1000 ml. Mengubah terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit. Setelah melahirkan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan akan menyebabkan decompensatio cordis pada pasien dengan vitamin kardio. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi pertumbuhan hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali normal Siap. Ini akan terjadi 3-5 hari post partum.

8. Perubahan Sistem Hematologi

Fibrinogen dan kadar plasma serta faktor pembekuan darah akan meningkat pada minggu terakhir kehamilan. Pada hari pertama pasca operasi, Fibrinogen dan kadar plasma akan sedikit menurun tetapi darah akan lebih banyak mengental dengan meningkatnya viskositas sehingga meningkatkan faktor bekuan darah.

Peningkatan jumlah sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan dikenal sebagai leukositosis. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih akan meningkat lagi menjadi 25.000-30.000 tanpa kondisi patologis jika wanita tersebut melahirkan untuk waktu yang lama. Pada awal nifas akan dilakukan pemeriksaan hemoglobin, hematorit, dan eritrosit bervariasi. Namun, pada 4-5 minggu post partum, hematokrit dan hemoglobin akan kembali normal.

9. Perubahan Sistem Endokrin

a. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah melahirkan.

Human Chronic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan bertahan hingga 10% dalam waktu 3 jam hingga hari ke-7 post partum baik secara pervaginam atau melalui operasi caesar.

b. Hormon pituitary, prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun

dalam 2 minggu. Peningkatan FSH dan LH pada fase konsentrasi folikel (minggu ke-3) dan LH tetap rendah sampai terjadi ovulasi.

c. Ovarium pituitari hipotalamus, faktor menyusui mempengaruhi lamanya perempuan mendapatkan menstruasi, sehingga menstruasi pertama bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d. Hipotalamik pituitary ovarium

Faktor menyusui mempengaruhi lamanya perempuan mendapatkan menstruasi, sehingga menstruasi pertama bersifat anovulatori karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

e. Kadar estrogen Setelah melahirkan, kadar estrogen menurun secara signifikan sehingga aktivitas prolaktin yang meningkat juga dapat mempengaruhi kelenjar susu dalam memproduksi ASI.

2.2.6 Perubahan Psikologis

Pada saat post sectio caesarea ibu akan mengalami stimulus yang mengakibatkan perubahan sikap perilaku, adapun fase dalam beradaptasi menurut Pitriani & Adriyani (2014), yaitu:

1. Taking In

Hari pertama hingga hari kedua terjadinya fase Taking In, pada fase ini fokus perhatian pada diri sendiri, mungkin kepasifan dan ketergantungan akan dialami sang ibu. Mengalami

kelelahan hal yang sangat wajar dalam fase ini, sehingga ibu memerlukan pola tidur yang baik dan cukup. Fase ini diperlukannya memahami ibu untuk menjaga komunikasi yang baik, menyediakan makanan tambahan untuk proses pemulihan, dan memberikan informasi tentang kondisi bayi.

2. Taking Hold

Pada fase taking hold biasanya terjadi pada hari ke tiga hingga hari ke sepuluh, di fase ini sang ibu dikhawatirkan tidak mampu merawat bayi. Pada fase ini perasaan ibu sangat sensitif jadi mudah tersinggung jika komunikasi tidak terjalin dengan baik. Fase ini juga perlu memperhatikan kemampuan fungsi tubuh, seperti ekskresi buang air kecil dan besar, aktivitas mobilisasi, perawatan diri dan bayi. Pada fase ini dukungan sangat dibutuhkan, terutama dukungan dari suami.

3. Letting Go

Fase ini terjadi setelah hari ke sepuluh postpartum. Pada fase ini, yaitu fase menerima tanggung jawab untuk peran barunya, jadi ibu sudah mulai mampu menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi. Dalam fase ini juga ibu lebih percaya diri dalam menjalankan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan.

2.2.7 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Terdapat beberapa kendala atau kelainan dalam proses persalinan, menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau lahir normal, misalnya disebabkan panggul sempit, plasenta previa, ruptur uteri yang mengancam, persalinan lama, preeklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin sehingga dilakukan persalinan

dengan seksio sesarea. Anestesi diberikan di operasi sectio caesarea yang menyebabkan pasien mengalami imobilisasi, yang mana efeknya menyebabkan masalah dengan gangguan mobilitas fisik. Efek anestesi juga menyebabkan sembelit.

Kurangnya informasi tentang proses operasi, penyembuhan, dan perawatan pasca operasi akan menimbulkan masalah kecemasan. Sedang dalam proses operasi juga dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan putusnya diskontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa rasa tidak nyaman akibat nyeri (nyeri akut) yang timbul setelah proses operasi berakhir. Setelah proses pembedahan selesai area insisi ditutup dan menimbulkan luka post sectio caesarea yang jika tidak ditangani dengan baik dengan baik dan benar akan menimbulkan resiko infeksi. Selama hormon post partum progesteron dan estrogen akan menurun dan kontraksi rahim akan terjadi dan involusi yang tidak memadai mengakibatkan perdarahan dan dapat menyebabkan risiko syok, penurunan hemoglobin dan mengakibatkan kekurangan

oksigen kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri. Setelah kelahiran bayi itu prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efektivitas ASI, efek ASI itu Pemberian ASI yang tidak adekuat menimbulkan masalah pemberian ASI yang tidak efektif pada bayi (Ferinawati & Hartati, 2019a).

2.2.8 **Pathway *Sectio Caesarea***

(Terlampir 4)

2.2.9 **Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea***

Berikut adalah manifestasi klinik *sectio caesarea* menurut Hiratun (2019), yaitu:

1. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
2. Terpasang DC (urine kateter), urin berwarna jernih dan pucat
3. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
4. Tidak ada bising usus
5. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
6. Balutan abdomen tampak sedikit noda
7. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak.

2.2.10 **Komplikasi *Sectio Caesarea***

Terdapat komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang yang dapat terjadi jika dilakukan *sectio caesarea*. Adapun

komplikasi jangka pendek terjadi segera setelah prosedur dilakukan, yakni Pertama pendarahan; selama operasi jika cabang arteri terbuka dapat terjadi pendarahan hebat. Darah hilang pada saat operasi sectio caesarea dua kali lipat dibandingkan persalinan normal. Kedua, Infeksi Puerperal/sepsis, merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada selama operasi caesar. Penggunaan antibiotik

profilaksis yang tidak sesuai adalah penyebabnya. Terdapat gejala ringan maupun berat yang dihasilkan infeksi. Gejala ringan seperti kenaikan suhu bagi sebagian orang hari selama nifas dan gejala berat seperti peritonitis, sepsis, dll. Ketiga, luka kandung kemih. Keempat embolisme paru. Kelima kurangnya kekuatan bekas luka di dinding rahim, mengakibatkan kehamilan

Selain itu, pecah dapat terjadi. Kejadian ini sering ditemui setelahnya operasi caesar klasik. Keenam, beberapa organ di perut seperti usus besar, kandung kemih, pembuluh di dalam ligamen lebar dan besar, ureter sudah cukup rentan terhadap cedera (Sulfianti et al., 2021).

2.2.11 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Terdapat beberapa pemeriksaan yang dilakukan pada ibu nifas, yakni pertama pemantauan kesehatan janin, yang berfungsi memantau setiap perkembangan dari janin. Kedua, Pemeriksaan golongan darah, berfungsi untuk transfusi darah (jika diperlukan) dan untuk menentukan kompatibilitas rhesus. Apabila terdapat

perbedaan rhesus pada ibu dan ayah, dengan rhesus ibu positif dan ayah negatif, sedangkan anak yang dikandung memiliki rhesus positif maka respon fisiologis ibu akan membuat antibodi yang menyerang darah janin dan menyebabkan sel darah merah janin menjadi rusak sehingga janin menderita anemia, kerusakan otak dan jantung. Sehingga perlu diberikan suntikan imunoglobulin berguna

untuk pembentukan antibodi yang dapat menyerang janin. Ketiga, pemeriksaan hemoglobin/ hematokrit, untuk menilai perubahan dari tingkat pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah dalam operasi. Keempat, pemeriksaan leukosit, yang berfungsi untuk menunjukkan terjadinya proses infeksi. Pada pasien post sectio caesarea kemungkinan terpapar bakteri sangat tinggi yang dapat menyebabkan peningkatan leukosit dalam darah, hal ini dikarenakan saat menjalani operasi kuman yang menem, baik dari lingkungan maupun dari tubuh itu sendiri (air cairan ketuban, darah, cairan lain) atau kurang alat yang digunakan steril. Kelima, pemeriksaan jumlah darah lengkap, berfungsi memonitor kondisi ibu post sc berkelanjutan. Keenam, pemeriksaan urinalisa, berfungsi mendeteksi permasalahan kesehatan didalam tubuh. Ketujuh, pemeriksaan USG, berfungsi melihat jumlah dan kekeruhan cairan amnion, tingkat maturitas plasenta, ukuran janin, dan kondisi janin. Kedelapan, pemantauan EKG, berfungsi untuk mencari permasalahan atau kelainan jantung, dan sebagai pemantau aktivitas listrik jantung dilakukan sebelum pembedahan. Kedelapan, pemeriksaan elektrolit,

berfungsi melihat adanya permasalahan elektrolit (Sulfianti et al., 2021).

2.2.12 Penatalaksanaan

Terdapat beberapa penatalaksanaan pasien post sectio menurut Wahyuningsih (2019), yakni:

1. Penatalaksanaan Medik

Pasien yang mengalami post op akan merasakan nyeri hebat jika efek dari anastesi telah hilang, maka obat meperidin 75-100 mg atau morfin 10-15 mg intravena dan kemudian diberikan secara intramuskular merupakan analgesik yang dapat diberikan. Antibiotik juga perlu diberikan karena morbiditas pasca demam Operasinya cukup besar, antibiotik yang bisa diberikan adalah ampisilin 2 gr, kemudian berikan terapi cairan dan diet.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Observasi TTV
- b. Observasi visikaurinaria dan abdomen
- c. Volume urine
- d. Volume perdarahan
- e. Ambulasi dan Mobilisasi
- f. Woundcare/ keperawatan luka
- g. Breashcare/ perawatan payudara
- h. Laboratorium
- i. KB (Keluarga Berencana)

- j Edukasi Nutrisi dan Cairan
- k Edukasi Kebersihan Diri
- l Edukasi Istirahat dan Tidur
- m Senam Nifas

2.2 Konsep Luka Post Sectio Caesarea

2.3.1 Definisi

Luka yang sering terjadi di bidang kebidanan dan kandungan adalah luka akibat episiotomi, luka akibat operasi caesar, luka akibat operasi caesar karena kebidanan dan kandungan atau akibat komplikasi saat persalinan. (Maryunani, 2014).

Luka *section caesarea* adalah terputusnya kontinuitas sel setelah pembedahan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dan plasenta, dengan membuka dinding perut atas indikasi tertentu (Sarwono, 2014).

Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari – hari (Damayanti, Pitriani, & Ardhiyanti, 2015).

Luka yang sering terjadi pada ibu postpartum dengan indikasi adalah episiotomi, operasi caesar, insisi perut kebidanan, atau trauma saat persalinan (Maryunani, 2014).

2.3.2 Tujuan perawatan luka post sectio caesarea

Menurut Maryunani (2013), tujuan perawatan luka terbagi menjadi lima yakni,

1. Melindungi dan mencegah luka menjadi infeksi
2. Menyerap eksudat
3. Mencegah luka dari trauma

4. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut

5. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman

2.3.3 Komplikasi proses penyembuhan luka

Menurut Damayanti et al., 2015, proses penyembuhan luka tidak berjalan dengan baik karena banyak faktor penghambat yang akan menimbulkan komplikasi yang dapat menjadi penghambat proses penyembuhan luka yaitu,

1. Pembuluh darah

2. Pembuluh darah dapat mempengaruhi penyembuhan luka, karena luka memerlukan aliran darah yang baik untuk pertumbuhan/perbaikan sel.

3. Anemia

Penyembuhan luka yang lambat diakibatkan dari perbaikan sel memerlukan asupan protein yang cukup, hal ini dapat disebabkan oleh anemia. Akibatnya, seseorang yang kekurangan

kadar hemoglobin darah akan mengalami proses penyembuhan yang lama

4. Umur

Tingkat di mana perbaikan sel terjadi dengan pertumbuhan dan pematangan seiring bertambahnya usia, penuaan dapat merusak sistem perbaikan sel yang pada gilirannya dapat memperlambat

penyembuhan luka operasi caesar.

5. Penyakit lain

Penyakit dapat mempengaruhi proses penyembuhan, adanya penyakit seperti diabetes dan penyakit ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan.

6. Nutrisi

Nutrisi adalah faktor utama dalam membantu memperbaiki sel. Terutama karena kandungan nutrisi yang dikandungnya, seperti vitamin A yang diperlukan untuk mendukung epitelisasi atau penutupan luka dan sintesis kolagen, vitamin B kompleks berperan sebagai kofaktor dalam sistem kekebalan tubuh, sistem enzim yang memetabolisme protein, karbohidrat, dan lemak. .

Vitamin C dapat bertindak sebagai fibroblas dan dapat mencegah infeksi luka dan kemungkinan pembentukan kapiler, dan vitamin K dapat membantu mensintesis protrombin dan bertindak sebagai koagulan darah.

7. Obesitas, obat-obatan, merokok dan stress dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Orang yang kelebihan berat badan dan

banyak mengonsumsi obat-obatan, merokok atau sedang stres akan mengalami pemulihan yang lebih lama.

2.3.4 Proses Penyembuhan Luka SC

Penyembuhan luka setelah operasi caesar membutuhkan waktu 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim membutuhkan waktu sekitar 3 bulan. Anda mungkin masih merasakan nyeri hingga 6 bulan dengan intensitas ringan akibat tersimpulnya benang pada fascia (muscle fascia) sedangkan waktu penyembuhan berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka menyatu (Damayanti, 2014 dalam Zuiatna, 2019).

Menurut Ramadhani (2018), proses penyembuhan fisiologis normal melewati beberapa tahapan, yaitu:

1. fase hemostatis

Fase ini dimulai segera setelah cedera, dengan vasokonstriksi dan pembentukan gumpalan oleh fibrin. Jaringan di sekitar lokasi luka melepaskan sitokin proinflamasi dan faktor pertumbuhan seperti transforming growth factor (TGF)-beta, platelet-derived growth factor (PDGF), growth factor fibroblast growth factor (FGF) dan epidermal growth factor (EGF). Setelah perdarahan terkendali, sel inflamasi bermigrasi ke lokasi luka (kemodinamika) dan memulai tahap selanjutnya, fase inflamasi.

2. fase inflamasi

Fase ini ditandai dengan infiltrasi sekuensial neutrofil, makrofag, dan limfosit. Fungsi penting neutrofil adalah

membersihkan keberadaan bakteri dan debris seluler di area luka. Prioritas fungsional fase inflamasi adalah untuk mempromosikan hemostasis, mengangkat jaringan mati, dan mencegah infeksi oleh bakteri patogen, terutama bakteri. dibandingkan dengan

3. fase proliferasi.

Fase ini ditandai dengan proliferasi epitel dan reepitelisasi, fase ini biasanya terjadi setelah dan sebelum fase inflamasi. Pada dermis yang sedang diperbaiki, fibroblas dan sel endotel adalah jenis sel yang paling penting dan membantu pertumbuhan rambut, pembentukan kolagen, dan pembentukan sel jaringan granulasi pada daerah luka. Fibroblas menghasilkan kolagen, yang juga diproduksi oleh glikosaminoglikan (GAG) dan proteoglikan, yang merupakan komponen terbesar dari matriks ekstraseluler (ECM). Dengan sintesis matriks proliferaif dan ekstraseluler (ECM), penyembuhan luka memasuki tahap akhir yaitu fase remodeling.

4. fase renovasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses penyembuhan luka selama bertahun-tahun, di mana degenerasi banyak kapiler yang baru terbentuk menyebabkan kepadatan pembuluh darah di jaringan luka kembali normal. Bekas luka akan ditutupi oleh kontraksi fisik melalui penyembuhan yang dimediasi oleh fibroblast kontraktif (myofibroblast) yang ada di luka.

2.3.5 Perawatan Luka SC

Perawatan luka pada pasien dimulai dengan membersihkan luka, dilanjutkan dengan manajemen luka dan pembalutan luka untuk mencegah infeksi silang dan mempercepat penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani). & Suratun, 2013).

Perawatan pasca operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan penyembuhan luka dan menghilangkan nyeri dengan cara merawat luka dan meningkatkan asupan makanan yang kaya protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko, 2013). Penanganan luka pasca operasi caesar mengikuti standar prosedur operasi keperawatan Poltekkes Denpasar (2013) khususnya dalam pelaksanaan prosedur kerja dalam pemberian pelayanan perawatan luka.

1. Pra interaksi

Pada tahap ini perlu dikaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi dan penyiapan alat terapi.

2. Interaksi

Langkah interaktif ini dapat dipecah menjadi tiga langkah termasuk:

a. Tahap orientasi

Pada tahap orientasi dilakukan salam, memperkenalkan perawat dan mengkomunikasikan maksud dan tujuan dilakukan perawatan luka.

b. Tahap kerja

Tindakan yang dilakukan pada tahap ini mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, hingga tindakan terakhir yaitu mengeluarkan pasien keluar.

c. Fase penghentian

Fase penutup merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat saat ini adalah menilai perasaan ibu dan membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

3. Pasca interaksi

Pada tahap ini adalah soal membersihkan alat, mencuci tangan, dan mencatat tindakan yang dilakukan (Maternity, 2013). Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2013) antara lain: Mencegah dan melindungi luka dari infeksi. Menyerap eksudat. Melindungi luka dari trauma mencegah, cedera jaringan yang lebih lanjut. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

2.3.6 Risiko Infeksi Luka SC

Risiko infeksi adalah peningkatan risiko terserang organisme penyebab penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan. Meskipun infeksi adalah masuknya patogen atau mikroorganisme yang berpotensi patogen ke dalam tubuh, penyakit terjadi ketika patogen naik dan menyebabkan jaringan normal berubah. (Ekaputra, 2013).

Infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh beberapa pencetus, seperti agen infeksius, seperti mikroorganisme yang menyerang dan inang manusia yang terinfeksi, dan lingkungan sebagai lingkungan sekitar agen dan inang, seperti suhu, kelembaban, oksigen, sinar matahari, dan lain-lain. Perbedaan waktu antara operasi dan munculnya OIT (infeksi luka operasi) rata-rata 3 sampai 11 hari. (Muttaqien et al., 2014).

Faktor risiko infeksi menurut Kriteria Diagnostik Keperawatan Indonesia (2016) adalah:

1. Efek dari prosedur invasif.
2. Peningkatan paparan patogen lingkungan.
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak memadai: Perubahan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah dini.
4. Pertahanan tubuh sekunder yang tidak memadai: Menurunkan hemoglobin, imunosupresif, menekan respon inflamasi.

Dampaknya jika ibu mengalami infeksi luka bekas operasi caesar dan jika tidak segera ditangani akan menyebabkan kerusakan jaringan epidermis dan dermis serta gangguan sistem saraf dan kerusakan jaringan (Hasanah). & Wardayanti, 2015).

2.3 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Berdasarkan defnisi oleh Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (International Association for the Study of Pain, IASP) bahwa nyeri sebagai suatu pengalaman perasaan dan emosi yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan sebenarnya maupun potensial pada suatu jaringan. Nyeri merupakan perasaan tubuh secara keseluruhan atau hanya sebagian dari tubuh manusia, yang disertai rasa tidak menyenangkan dan keberadaan nyeri dapat memberikan suatu pengalaman alam rasa (Judha, 2012).

Meskipun nyeri adalah sebuah pengalaman setiap individu, akan tetap sifat nyeri tetap menyimpan banyak pertanyaan. Sedikit diketahui bahwa nyeri sangat bersifat subjektif dan individual dan bahwa nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah. Nyeri yang tidak segera diatasi dapat menimbulkan resiko bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya (Kozier, Erb, Berman & Snyder 2020).

2.4.2 Penyebab Nyeri

Berdasarkan teori gerbang kendali Melzack dan Wall (1965), serabut saraf perifer yang membawa nyeri ke medula spinalis dapat memodifikasi inputnya di tingkat medula spinalis sebelum input tersebut ditransmisikan ke otak. Sinaps di kornu dorsalis bekerja sebagai sebuah gerbang yang tertutup untuk menjaga impuls agar

tidak mencapai otak atau terbuka untuk memungkinkan impuls naik menuju otak.

Serabut saraf berdiameter kecil membawa stimulus nyeri melalui sebuah gerbang, tetapi serabut saraf berdiameter besar menuju gerbang yang sama dapat menghambat transmisi impuls nyeri tersebut sehingga menutup gerbang. Mekanisme gerbang

terletak di sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis medula spinalis. Karena terbatasnya informasi sensorik yang dapat mencapai otak pada suatu waktu, sel-sel terdapat mengganggu impuls nyeri. Otak juga dapat mempengaruhi tertutup dan terbukanya gerbang.

2.4.3 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan:

1. Nyeri berdasarkan asalnya (Kozier, Erb, Berman & Snyder 2020):

- a. Nyeri kuteneus

Nyeri jenis ini mempunyai karakteristik sebagai onset yang tiba-tiba dengan kualitas yang tajam atau menyengat atau onset yang berlangsung perlahan dengan kualitas seperti sensasi terbakar, bergantung dari tipe serabut saraf yang terlibat.

- b. Nyeri somatik profunda

Nyeri somatik berasal dari ligamen, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri somatik profunda

menyebarkan dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan nyeri kutaneus. Keseleo pergelangan kaki adalah sebuah contoh nyeri somatik profunda.

c. Nyeri viseral

Nyeri viseral berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen kranium dan toraks. Nyeri viseral cenderung menyebar dan sering kali terasa seperti nyeri somatik profunda, yaitu rasa terbakar, nyeri tumpul atau merasa tertekan. Nyeri viseral sering kali disebabkan oleh peregangannya jaringan, iskemia, atau spasme otot.

d. Nyeri menjalar

Nyeri menjalar dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan.

e. Nyeri alih

Adalah nyeri yang dirasakan di satu bagian tubuh yang cukup jauh dari jaringan yang menyebabkan nyeri. Misalnya, nyeri yang berasal dari sebuah bagian visera abdomen dapat dirasakan di suatu area kulit yang jauh dari organ yang menyebabkan rasa nyeri.

f. Nyeri tak tertahankan

Nyeri tak tertahankan adalah nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satu contohnya adalah nyeri akibat

keganasan stadium lanjut. Untuk meredakan rasa nyeri ini menggunakan sejumlah metode, baik farmakologi maupun non farmakologi.

g. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu dan mungkin tidak mempunyai sebuah stimulus, seperti kerusakan jaringan atau saraf, untuk rasa nyeri. Nyeri neuropatik berlangsung lama, dapat digambarkan sebagai terbakar, nyeri tumpul, dan nyeri tumpul yang berkepanjangan kemudian nyeri tajam seperti tertembak.

h. Nyeri bayangan

Nyeri bayangan yaitu sensasi rasa nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang, misalnya kaki yang telah diamputasi.

2. Nyeri berdasarkan berat ringannya:

- a. Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan skala rendah.
- b. Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- c. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan skala yang tinggi. (Sutanto

& Fitriana, 2017)

3. Nyeri berdasarkan polanya:

Nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai:

a. Nyeri akut

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respon emosional. Pada akhirnya, nyeri akut akan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik berlangsung lama, bersifat kambuh atau menetap selama 6 bulan atau lebih, mengganggu fungsi tubuh. Nyeri akut dan nyeri kronik menyebabkan respon fisiologis dan perilaku yang berbeda.

4. Nyeri berdasarkan tempatnya:

a. *Peripheral pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa. Nyeri *post sectio caesarea* termasuk dalam *peripheral pain*, karena nyeri terasa pada kulit tempat insisi bedah dilakukan.

b. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

c. *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda bukan daerah asal nyeri.

- d. *General pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lain. (Sutanto & Fitriana, 2017)

2.4.4 Karakteristik Nyeri

Berdasarkan karakter nyeri menurut Mubarak (2015) yang terdiri dari :

1. *Provocate / Paliatif (P)*, penyebab terjadinya nyeri dari klien, hal yang membuat nyerinya lebih baik, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan factor psikologisnya, karena biasanya terjadinya nyeri hebat karena dari factor psikologis bukan dari lukanya.
2. *Quality (Q)*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di gencet.
3. *Region (R)*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman. Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan daerah yang nyerinya minimal sampai kearah nyeri yang sangat. Namun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse

4. Severe (S), tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala yang sifatnya kuantitas.
5. Time (T), tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya

nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh dll.

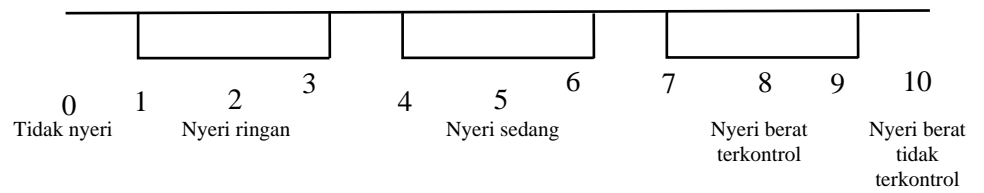
2.4.5 Pengukuran Nyeri

1. Skala Nyeri

Skala nyeri adalah gambaran seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran nyeri sangat subyektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam skala yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Skala nyeri dapat diketahui menggunakan alat ukur atau skala ukur nyeri. Menurut Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020), terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yaitu:

a. Numerical Rating Scale (NRS)

NRS merupakan skala nyeri yang populer dan lebih banyak digunakan di klinik, khususnya pada kondisi akut, mengukur skala nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik, mudah digunakan dan didokumentasikan.



Gambar: Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber: Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020)

Skala nyeri pada skala 0 tidak terjadi nyeri, skala nyeri ringan pada skala 1 sampai 3, skala nyeri sedang pada skala 4 sampai 6, skala nyeri berat pada skala 7 sampai 10. Cara penggunaan skala ini adalah : berilah tanda salah satu angka sesuai dengan skala nyeri yang dirasakan pasien. NRS merupakan skala pengukuran nyeri yang mudah dipahami oleh pasien, dalam penelitian ini skala nyeri NRS diberi warna yang berbeda-beda. Oleh karena itu, skala NRS ini yang akan digunakan sebagai instrumen penelitian. Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

0 = tidak nyeri, tidak ada keluhan nyeri

1-3 = nyeri ringan, ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat di tahan

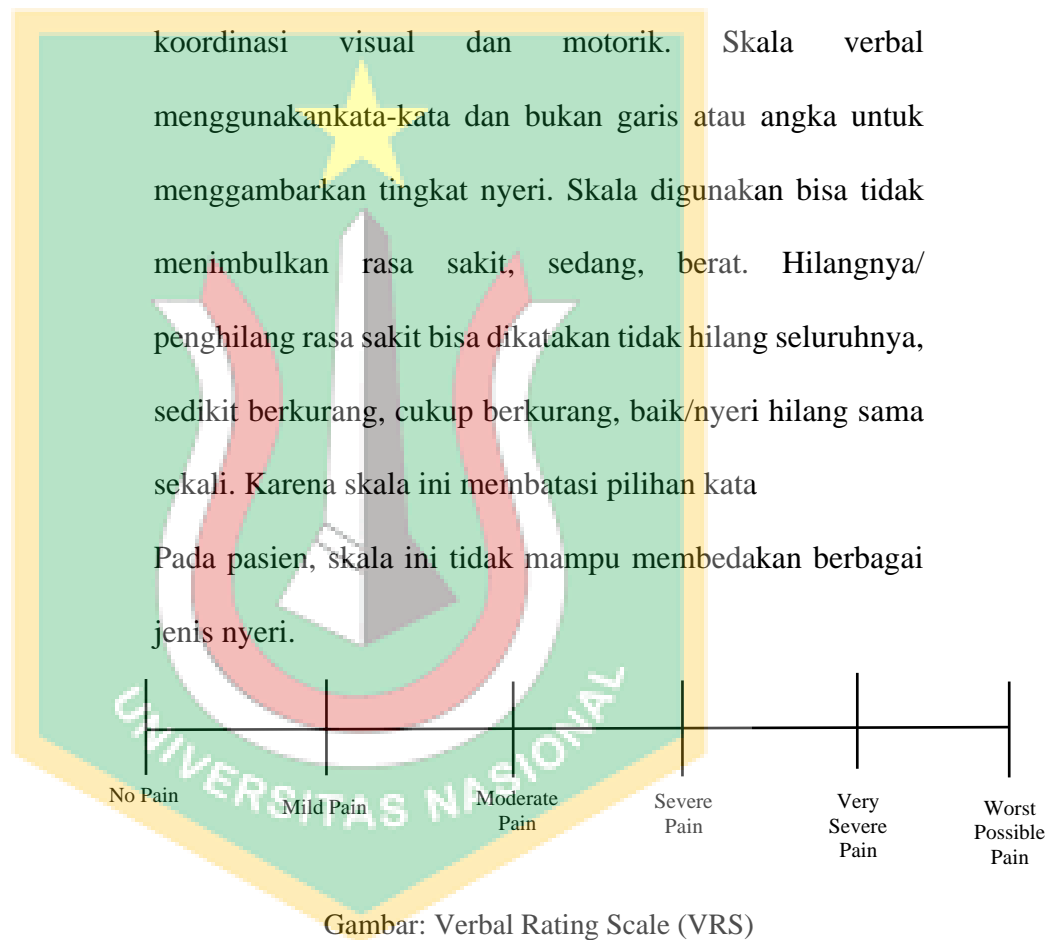
4-6 = nyeri sedang, ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahanya

7-10 = nyeri berat, ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerti bahkan berteriak

b. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka dari 0 hingga 10 untuk menggambarkan level menyakitkan. Kedua ujung ekstrim juga digunakan dalam skala ini, seperti pada VAS atau skala pereda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih berguna dalam masa pasca operasi, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu banyak mengandalkan

koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala digunakan bisa tidak menimbulkan rasa sakit, sedang, berat. Hilangnya/penghilang rasa sakit bisa dikatakan tidak hilang seluruhnya, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata. Pada pasien, skala ini tidak mampu membedakan berbagai jenis nyeri.

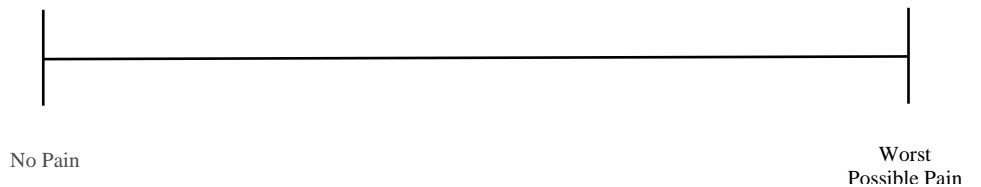


Gambar: Verbal Rating Scale (VRS)

c. Skala Analog visual (Visual Analog Scale)

Skala Analog visual (Visual Analog Scale) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, dan ujungnya mengindikasikan untuk nyeri yang berat, ujung kiri

menandakan tidak ada atau tidak nyeri kemudian pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut



Gambar: Skala Analog Visual
Sumber: Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020)

2. SOP Pengukuran Skala Nyeri

- a. Persiapan pasien dan lingkungan: Memberitahukan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien untuk memberi posisi yang nyaman
- b. Identifikasi Pasien
- c. Menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur pengukuran skala nyeri
- d. Jelaskan tentang skala nyeri pada pasien:

0 = tidak nyeri, tidak ada keluhan nyeri

1-3 = nyeri ringan, ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat di tahan

4-6 = nyeri sedang, ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahanya

7-10 = nyeri berat, ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerti bahkan berteriak

- e. Mengkaji pengalaman nyeri terdahulu pada pasien
- f. Mempersilahkan pasien untuk menandai angka yang ada pada *Numerical Rating Scale* sesuai dengan rasa nyeri yang dialami pasien untuk mengetahui skala nyeri.
- g. Hasil pengukuran skala nyeri pada pasien kemudian di dokumentasikan.

2.4 Konsep Footbath Teraphy

2.5.1 Definisi *Footbath Teraphy*

Footbath therapy merupakan terapi perawatan pasca melahirkan yang dapat memberikan respon relaksasi, mengurangi nyeri tubuh, dapat membantu pelepasan endorfin di otak yang merupakan pereda nyeri alami dan dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah dengan memperlebar pembuluh darah. Oleh karena itu, bisa mendapatkan oksigen yang dibutuhkan dan akan salurkan ke jaringan (Wulandari, et al., 2018).

Dengan melakukan *Footbath therapy* terbukti sangat efektif dalam mengurangi skala nyeri pascaoperasi serta mudah dalam mempraktikannya. Sebagaimana telah di buktikan dalam sebuah studi oleh Chotimah, et al. (2020), terhadap 30 responden menunjukkan skala nyeri pra tindakan nyeri sedang sebanyak 26 responden (87,7%). Skala nyeri pasca prosedur terutama nyeri ringan pada 25 responden (83,3%) menunjukkan bahwa p-value adalah $0,000 < 0,05$ yang berarti ada pengaruh Footbath Treatment

terhadap nyeri post operasi seksio sesaria.

2.5.2 Mekanisme *Footbath Teraphy*

Footbath therapy mempunyai manfaat fisiologis bagi tubuh dan berdampak pada pembuluh darah dimana air hangat membuat sirkulasi darah menjadi lancar. Perendaman air hangat akan berpindah ke dalam tubuh dan akan memperlebar pembuluh darah dan menurunkan ketegangan otot, memperlancarkan sirkulasi darah, sehingga nyeri akan berkurang (Nelza Safitri, 2016).

Teori kontrol gerbang menyatakan bahwa stimulasi kulit memicu transmisi serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini mengurangi transmisi nyeri melalui serabut C dan A berdiameter kecil, gerbang sinaptik menutup konduksi impuls nyeri. Terapi kaki air hangat meningkatkan aliran darah dan mengurangi rasa sakit dengan menghilangkan produk inflamasi, seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri lokal. Panas merangsang serabut saraf menutup gerbang untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke sumsum tulang belakang dan otak. (Nelza Safitri, 2016).

Terapi kaki digunakan untuk meningkatkan aliran darah, yang dapat meningkatkan pengiriman oksigen dan nutrisi ke jaringan. Panas juga meningkatkan elastisitas otot, sehingga mengurangi kekakuan otot. Dapat membuat qi darah dan aliran darah menjadi lancar, vaskularisasi terjadi dengan lancar dan vasodilatasi menyebabkan otot menjadi rileks karena otot dibawa

oleh darah, sehingga kekuatan kontraksi otot berkurang. (Hakiki, 2018).

2.5.3 Prosedur *Footbath Therapy*

Pada prosedur foot bath dilakukan 3 kali sehari selama 3 hari dengan air bersuhu 38-40°C yang diukur dengan thermometer selama 20 menit. Sebelum dilakukan intervensi, peneliti melakukan pre-test untuk mengukur tingkat nyeri responden, dan setelah tiga kali intervensi terapi foot bath, dilakukan post-test untuk mengukur tingkat nyeri responden, untuk melihat efektifitas foot bath. atau terapi air panas.

Berdasarkan Literature riview; Asuhan Keperawatan Penurunan Nyeri Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Penerapan Foot Massage Di Rumah Sakit Mitra Plumbon Tahun 2021 menunjukkan adanya penurunan skala nyeri pada ibu postSectio Caesarea sebelum dan setelah dilakukan intervensi foot massage bahwa terapi Foot Massage mampu mengalihkan toleransi nyeri dan ambang batas nyeri sehingga ibu lebih toleran terhadap nyeri yang dialaminya. (LiliePratiwi, 2023).

Dalam penelitian Aprina, dkk. (2022), yang berjudul Pengaruh Footbath Therapy terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea, hasil penelitian menunjukkan bahwa uji t-test nonparametrik dengan nilai $p\text{-value}=(0.000)<\alpha(0,05)$, yang berarti bahwa kelompok intervensi dan kontrol memiliki skala nyeri yang berbeda. Kelompok intervensi terapi mandi kaki memiliki skor

total 1272,00, sedangkan kelompok kontrol terapi relaksasi napas dalam memiliki skor 808,00. Oleh karena itu, terapi mandi kaki lebih efektif untuk mengurangi tingkat nyeri dibandingkan dengan terapi relaksasi napas.

Hasil penelitian menurut Detty Chotimah, dkk (2019) di ruang Melati RSUD dr. Soekardjo di Tasikmalaya, pengobatan

dengan mandi kaki memiliki efek pada nyeri pasca sectio caesar, dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$). Merendam kaki dengan air hangat bersuhu $38-40^{\circ}$ Celcius dan garam aromaterapi adalah langkah pertama dalam pengobatan mandi kaki. Setelah itu, pijatan dilakukan pada kaki. Efek panas, atau efek termal, dapat meningkatkan sirkulasi darah dan penyerapan oksigen tubuh pada suhu $38-40^{\circ}$ C (Lalage, 2015). Jika air hangat menempel pada kulit, pembuluh darah akan terbuka, menyebabkan perasaan relaksasi (Meiliya & Wahyuningsih, 2010).

2.1 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Pada langkah pertama ini, semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien seperti data biologis, psikologis, social dan spiritual telah dikumpulkan. Untuk memperoleh data, dilakukan melalui anamnesa. Anamnesa adalah pengkajian dalam rangka mendapatkan

data tentang pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan untuk itu kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. (Sulistyawati, 2019).

1. Biodata

Dikaji tentang identitas klien yang meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis, alamat. Serta dikaji juga identitas penanggung jawab klien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dan menjelaskankeluhan yang terjadi saat dikaji. Pada postpartum spontan biasanya sebagian klien mengeluh nyeri di jalan lahir karena ada luka episiotomy

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Kaji apa yang menyebabkan klien mengalami gangguan nyeri. Hal tersebut dapat di uraikan dengan

metode PQRST:

P: paliatif/propokatif, yaitu segala Sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri diraskan bertambah apabila klien banyak bergerak dan diraskan berkurang apabila klien istirahat/berbaring.

Q: quality/quantity, yaitu dengan memperhatikan bagaimana rasanya dan kelihatannya. Pada post partum spontan biasanya klien mengeluh nyeri pada luka jahitan yang sangat perih seperti ditusuk- tusuk.

R: region/radiasi, yaitu menunjukkan lokasi nyeri, dan penyebarannya.pada post partum spontan biasanya klien mngeluh nyeri pada daerah luka jahitan pada daerah perineum biasanya tidak ada penyebaran ke daerah lain.

S: severity, scale, yaitu menunjukkan dampak dari keluhan nyeri yang dirasakan klien, dan besar gangguannya yang di ukur dengan skala nyeri 0-10

T: Timing, yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan tersebut.

c. Riwayat Kesehatan Dahalu

Meliputi tentang riwayat penyakit keluarga dan riwayat penyakit yang dialami oleh klien pada masa lalu, seperti riwayat hipertensi, penyakit keturunan seperti

diabetesmelitus dan asma, riwayat alergi dan penyakit menular seperti hepatitis dan TBC.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga menjelaskan keadaan kondisi anggota keluarga apakah ada yang pernah menderita penyakit serupa dengan klien pada periode 6 bulan terakhir, riwayat menular, maupun penyakit keturunan.

e. Riwayat Ginekologi dan Obstetrik menurut (Sulistiyawati, 2019).

1) Riwayat Ginekologi

2) Riwayat Obstetrik

a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu Meliputi umur kehamilan, keluhan selama hamil, jenispartus, tempat persalinan, berat badan anak waktu lahir, masalah yang terjadi dan keadaan anak.

b) Riwayat Kehamilan Sekarang Usia kehamilan , keluhan selama hamil, gerakan anak pertama, dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahanberat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam memeriksakan kehamilannya.

c) Riwayat Persalinan Dahulu Meliputi tentang jumlah anak., tanggal lahir, usia, jenis kelamin,

berat badan lahir, umur kehamilan, jenis persalinan dahulu, tempat persalinan dan apakah ada komplikasi pada ibu dan bayi.

d) Riwayat Persalinan Sekarang Merupakan persalinan keberapa bagi klien, tanggal melahirkan, jenis persalinan, banyaknya perdarahan, jenis kelamin anak, berat badan dan APGAR score dalam 1 menit dan 5 menit pertama.

e) Riwayat Nifas Sekarang Meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi pundus uteri setinggi pusat.

3) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa

f. Aktivitas Sehari-hari menurut (Sulistiyawati, 2019).

1) Pola Nutrisi

Meliputi frekuensi, jenis, porsi, jumlah makan dan minum, keluhan. Biasanya pada post partum nafsu

makanmeningkat, Kehilangan rata-rata berat badan 7-8 kg

2) Pola Eliminasi/Sistem Urogenital

Kaji kebiasaan BAB/hari, konsistensi, frekuensi serta warna dan BAK baik dalam frekuensi, jumlah serta warna dan keluhan pada saat berkemih.

a) Konstipasi, tidak mampu berkemih, retensi urine.

b) Edema pada kandung kemih, urethra dan meatus urinarius terjadi karena trauma.

c) Pada fungsi ginjal: proteinuria, diuresis mulai 12 jam.

d) Fungsi kembali normal dalam 4 minggu

3) Pola Istirahat Tidur

Kaji kebiasaan tidur, jumlah jam tidur siang dan malam dan masalah yang dialami saat tidur. Untuk istirahat malam, ratarata waktu yang diperlukan adalah 6-8jam

4) Pola Personal Hygiene

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, keramas, menggunting kuku sebelum sakit dapat dihubungkan dengan kemampuan untuk merawat diri yang sudah dapat dilakukan oleh klien

5) Pola Aktivitas

Kaji pola aktivitas klien sebelum sakit dan selama sakit. Pada post partum kebanyakan aktivitas dibantu, pada hari pertama keletihan dan merasa sakit di daerah jalan lahir (perineum).

6) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. (Dermawan, 2012).

a) Kepala

Bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah

b) Mata

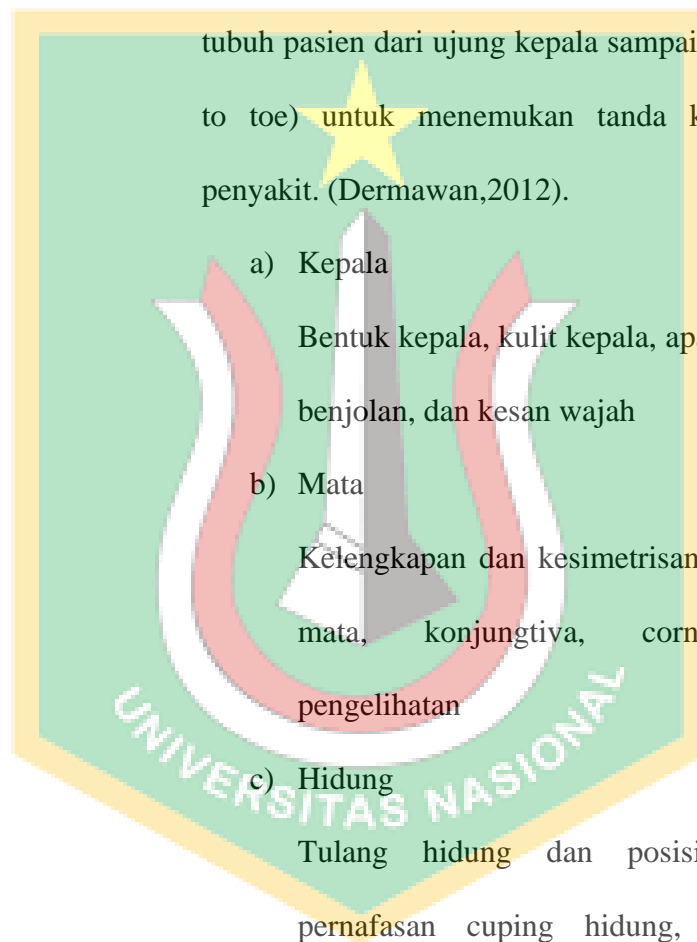
Kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva, cornea, ketajaman penglihatan

c) Hidung

Tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.

d) Telinga

Bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga,



kebersihan dan ketajaman pendengaran.

e) Leher

Posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis

f) Dada

Meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot

bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan)

g) Payudara

Bentuk payudara, gangguan ASI, keadaan putng, kebersihan, ada tidak pembengkakakn dan nyeri tekan, ada tidaknya benjolan. Biasanya pada hari pertama post partum konsistensi lunak, adanya kolostrum, putting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga payudara mengeras, membesar, hangat, putting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat (Reeder, 2012)

h) Jantung



Inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuran jantung), auskultasi (bunyi jantung).

i) Abdomen

Inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tandatanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak)

j) Genetalia

Perhatikan kebersihan, ada tidaknya edema pada vagina, pengeluaran pervagina lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau, keadaan luka jahitan dan tanda-tanda infeksi vagina

k) Anus

Perhatikan ada atau tidak haemoroid dan kebersihan. Pada pemeriksaan integument

meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi.

1) Ekstremitas

Pada ekstremitas bawah adanya edema/pedis, tanda hofmen negative pada hari pertama dan edema minimal dan tanda hofmen negative pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas, ada tidaknya varises, ada tidaknya nyeri tekan

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan potensial atau aktual maupun situasi kehidupan. Diagnosa keperawatan menjadi dasar dalam memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir (Carol J. Green, 2012).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu Post Partum SC menurut Rencana Asuhan Keperawatan Maternal dan Bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan ASI berhubungan dengan suplain ASI tidak cukup, anomaly payudara ibu, kurang pengalaman akibat

kehamilan pertama atau pengalaman pertama menyusui, depresi berat.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi, riwayat infeksi saluran kemih, trauma jaringan pecah ketuban lama sebelum kelahiran, pemantauan janin intrauteri, kelahiran sesar, persalinan lama, retensi fragmen plasenta, nutrisi buruk dan faktor hormon.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, diaphoresis, peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, sikap melindungi, mengusap-usap dan sikap tubuh yang tegang, perubahan selera dan pola

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring atau imobilitas, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara persediaan/kebutuhan oksigen dan gaya hidup

5. Deprivasi tidur atau gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ansietas, depresi, perasaan berkemih yang kuat, sesak napas, perubahan hormone, kesepian atau tidak ada pasangan tidur, perubahan siklus tidur dan terjagayang sering, obatobatan misal depresan atau stimulan, gangguan di lingkungan misal bunyi atau suhu.

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan

intervensi keperawatan. Rencana keperawatan meliputi pengembangan strategi desain mencegah, mengurangi, atau mengoreksi 39 masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Intervensi yang muncul berkaitan dengan pemenuhan kenyamanan bebas dari rasa nyaman nyeri pada ibu postpartum SC. (Bulechek, Gloria M, dkk, 2013).

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, selama implementasi perawat melakukan rencana asuhan keperawatan. Intruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien memenuhi kriteria hasil (Sulistyawati, 2019). Komponen tahap implementasi terdiri dari :

1. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa advice dokter.
2. Tindakan keperawatan kolaboratif diimplementasikan bila perawat bekerja dengan anggota lain dalam membuat keputusan bersama yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah klien.
3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.6.5 Evaluasi

Tahap evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Klien

keluar dari siklus proses keperawatan apabila kriteria hasil telah dicapai. Klien akan masuk kembali dalam siklus apabila kriteria hasil belum tercapai. (Sulistyawati, 2019)

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu:

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (perbandingan data dengan teori)

P : Perencanaan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan

