

# **KARYA TULIS AKHIR**

## **PENERAPAN FOOT MASSAGE UNTUK MENGATASI MASALAH NYERI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANGAN KEBIDANAN RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



**OLEH:**

**SALSABIL SYAHPUTRI, S. Tr. Kep**  
**NIM 243410032**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025**

# **KARYA TULIS AKHIR**

## **PENERAPAN FOOT MASSAGE UNTUK MENGATASI MASALAH NYERI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANGAN KEBIDANAN RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

Diajukan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes  
Padang sebagai persyaratan Memperoleh Gelar Ners



**OLEH:**

**SALSABIL SYAHPUTRI, S. Tr. Kep**  
**NIM 243410032**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan *Foot Massage* Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang

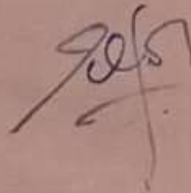
Nama : Salsabil Syahputri, S. Tr. Kep

NIM : 243410032

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan tim penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang.

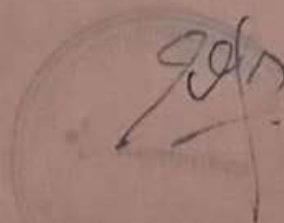
Padang, 22 Mei 2025

Komisi Pembimbing



(Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat)  
NIP. 19800423 200212 2 001

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat)  
NIP. 19800423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Salsabil Syahputri, S. Tr. Kep

NIM : 243410032

Judul Karya Tulis : Penerapan *Foot Massage* Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang

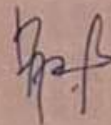
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

## DEWAN PENGUJI

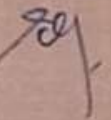
Ketua Penguji : Ns. Zolla Amely Ilda, M. Kep

(  )

Anggota Penguji : Riri Amalina, Ners., M. Kep., Sp. Kep. M

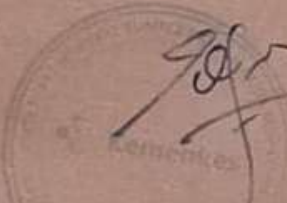
(  )

Anggota Penguji : Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat

(  )

Padang, 3 Juni 2025

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
(Signature of Ns. Elvia Metti)

(Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat)

NIP. 19800423 200212 2 001

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : Salsabil Syahputri, S. Tr. Kep  
NIM : 243410032  
Tanggal Lahir : 05 Mei 2001  
Tahun Masuk Profesi : 2024  
Nama PA : Ns. Netti, S. Kep., M.Pd., M. Kep  
Nama Pembimbing KTA : Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul : Penerapan Foot Massage Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat perjanjian ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 3 Juni 2025  
Yang membuat pernyataan



(Salsabil Syahputri)  
NIM. 243410032

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Penerapan Foot Massage Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang” sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Profesi Ners di Poltekkes Kemenkes Padang.

Peneliti menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada Ibu Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp. Kep. Mat selaku pembimbing KTA dan pembimbing akademik yang telah begitu sabar dalam memberikan bimbingan, waktu, perhatian, saran-saran, serta dukungannya kepada peneliti. Dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini peneliti mendapat bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp., M. Kep., Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Tasman, S. Kp., M. Kep., Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
3. Ibu Ns. Elvia Metti, M. Kep., Sp. Kep. Mat selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Zolla Amely Ilda, M. Kep selaku Ketua Dewan Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang.
5. Ibu Riri Amalina, Ners., M. Kep., Sp. Kep. M selaku Dewan Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang
6. Ibu Osmalina, S. Tr. Keb selaku Kepala Ruang Kebidanan Lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang..
7. Ibu Ns. Yani Fitriah, S. Kep selaku Pembimbing Klinik yang telah membimbing peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir.
8. Teristimewa kepada orang tua serta saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan secara material maupun finansial yang tidak dapat ternilai dengan apapun.
9. Kepada teman-teman seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Tulis Akhir ini masih belum sempurna baik dalam materi maupun penelitiannya. Peneliti menerima saran dan masukan guna menyempurnakan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, 3 Juni 2025

Peneliti

**POLTEKKES KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2025  
Salsabil Syahputri, S. Tr. Kep**

**Penerapan Foot Massage Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang**

**Isi :xv + 108 Halaman + 7 Tabel + 10 Gambar + 1 Bagan + 2 Grafik + 12 lampiran**

**ABSTRAK**

*Sectio caesarea* merupakan salah satu penatalaksanaan plasenta previa yang menyebabkan nyeri. Nyeri mempengaruhi penyembuhan pasien plasenta previa karena respon nyeri menyebabkan rasa tidak nyaman. Nyeri dapat dikurangi dengan terapi farmakologis dan nonfarmakologis, salah satunya *foot massage* yang dapat menghilangkan rasa nyeri lebih cepat dikarenakan didaerah kaki terdapat banyak saraf. Tujuan penelitian untuk menerapkan *fooot massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa dengan nyeri di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian deskriptif dengan *case report*, dilakukan dari bulan April sampai Juni 2025. Populasi yaitu pasien post SC atas indikasi plasenta previa yang mengalami nyeri dengan sampel 2 partisipan. Instrumen pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan dan pengukuran skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS). Penerapan EBN dilakukan setelah peneliti melakukan analisis terhadap 5 jurnal terkait.

Hasil pengkajian kedua partisipan mengeluh nyeri pada luka bekas SC, nyeri seperti diiris-iris, terasa saat bergerak, dan hilang timbul dengan skala 7. Diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC). Intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri dan *foot massage*. Implementasi keperawatan dengan mengukur skala nyeri (pre dan post) serta penerapan *foot massage* selama 3 dan 4 hari. Evaluasi keperawatan menunjukkan penurunan skala nyeri menurun menjadi 3 (partisipan 1 dan 2). Analisa terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain dan teori.

Terapi *foot massage* dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi menurunkan skala nyeri pasien post SC. Mengajukan kepada tenaga kesehatan yang bertugas di ruangan untuk memberikan intervensi *foot massage* untuk mengurangi nyeri pada pasien dan keluarga pasien post SC.

**Kata Kunci : Foot Massage, Nyeri, Post SC**

**Daftar Bacaan: 54 (2004-2024)**

**KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC**

## **NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

*Final Paper, June 2025*

*Salsabil Syahputri, S. Tr. Kep*

### ***Application of Foot Massage to Overcome Pain Problems in Nursing Care for Post-Caesarean Section Patients with Total Placenta Previa Indications in the Obstetrics Room of Dr. M. Djamil Padang General Hospital***

*Contents: xv + 108 pages + 7 tables + 10 figures + 1 chart + 2 graphs + 12 attachments*

#### **ABSTRACT**

*Seccio caesarea is one of the placenta previa treatments that cause pain. Pain affects the healing of placenta previa patients because the pain response causes discomfort. Pain can be reduced with pharmacological and nonpharmacological therapies, one of which is foot massage which can relieve pain faster because there are many nerves in the foot area. The purpose of the study was to apply foot massage in nursing care to post sectio caesarea patients for indications of placenta previa with pain in the Obstetrics Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.*

*Descriptive research design with case report, conducted from April to June 2025. The population was post SC patients for indications of placenta previa who experienced pain with a sample of 2 participants. Data collection instruments are nursing care formats and measurement of the Numeric Rating Scale (NRS) pain scale. The application of EBN was carried out after researchers analyzed 5 related journals.*

*The results of the assessment of the two participants complained of pain in the SC wound, pain like being sliced, felt when moving, and disappeared with a scale of 7. The nursing diagnosis is acute pain associated with physical injury agents (SC procedure). Nursing interventions are pain management and foot massage. Nursing implementation by measuring the pain scale (pre and post) and applying foot massage for 3 and 4 days. Nursing evaluation showed a decrease in pain scale down to 3 (participants 1 and 2). Analysis of the nursing process includes assessment, diagnosis, intervention, implementation, nursing evaluation compared to the results of other people's research and theory.*

*Foot massage therapy can be used as one of the interventions to reduce the pain scale of post SC patients. Advise health workers on duty in the room to provide foot massage interventions to reduce pain in patients and families of post SC patients.*

***Keywords: Foot Massage, Pain, Post SC***

***Reading List: 54(2004-2024)***



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GRAFIK .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN LITERATUR.....</b>	<b>7</b>
<b>A. Konsep Dasar Plasenta Previa .....</b>	<b>7</b>
1. Definisi .....	7
2. Etiologi.....	7
3. Klasifikasi.....	8
4. Tanda Dan Gejala.....	9
5. Faktor Resiko.....	9
6. Patofisiologi .....	10
7. WOC Plasenta Previa .....	12
8. Pemeriksaan Penunjang.....	14
9. Penatalaksanaan .....	14
10. Komplikasi.....	17
<b>B. Konsep Sectio Caesarea .....</b>	<b>18</b>
1. Definisi .....	18
2. Etiologi .....	18
3. Tipe-Tipe Sectio Caesarea.....	19
4. Patofisiologi .....	20
5. Penatalaksanaan .....	21
6. Komplikasi .....	24
<b>C. Konsep Nyeri .....</b>	<b>25</b>
1. Pengertian.....	25
2. Etiologi Nyeri .....	25
3. Tanda dan gejala nyeri .....	26
4. Pengukuran Nyeri.....	27
<b>D. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea .....</b>	<b>29</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	29
2. Analisa Data .....	32
3. Diagnosis Keperawatan.....	32
4. Perencanaan Keperawatan.....	33
<b>E. Evidence Based Nursing (EBN) .....</b>	<b>37</b>
1. Pengantar Jurnal .....	37

2. EBN.....	44
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>51</b>
A. Desain dan Jenis Penelitian .....	51
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	51
C. Metode Pemilihan Jurnal.....	51
D. Populasi dan Sampel .....	51
E. Instrumen Pengumpulan Data .....	52
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	53
G. Prosedur Karya Tulis Akhir .....	55
H. Prosedur Penelitian.....	55
I. Analisa Data .....	58
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>60</b>
<b>A. Hasil.....</b>	<b>60</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	60
2. Diagnosis Keperawatan.....	66
3. Perencanaan Keperawatan .....	67
4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	71
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>89</b>
1. Pengkajian .....	89
2. Diagnosis Keperawatan.....	94
3. Rencana Keperawatan .....	97
4. Implementasi Keperawatan .....	100
5. Evaluasi Keperawatan .....	104
6. Analisa Penerapan EBN .....	108
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>112</b>
A. Kesimpulan.....	112
B. Saran.....	113
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Konsep Dasar Perencanaan Keperawatan Pasien Post .....	33
Tabel 2. 2 Analisis Jurnal.....	44
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2 .....	60
Tabel 4.2 Pemeriksaan Penunjang Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	66
Tabel 4.3 Diagnosis Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	66
Tabel 4.4 Perencanaan Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2.....	67
Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2 .....	71

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Klasifikasi Plasenta Previa .....	8
Gambar 2.2 Vas Scale Pain .... ..	27
Gambar 2.3 Verbal Rating Scale (VRS) .....	28
Gambar 2.4 Numeric Rating Scale (NRS) .....	28
Gambar 2.5 Wong Baker Pain Rating Scale .....	29
Gambar 2.6 Teknik Effluarge .....	40
Gambar 2.7 Teknik Petrissage .....	40
Gambar 2.8 Teknik Friction .....	40
Gambar 2.9 Teknik Tapotement .....	41
Gambar 2.10 Teknik Vibration .....	41

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 3. 1 Prosedur Karya Tulis Akhir .....	55
---	----

## **DAFTAR GRAFIK**

Grafik 4.1 Hasil Penurunan Skala Nyeri Partisipan 1 .....	99
Grafik 4.2 Hasil Penurunan Skala Nyeri Partisipan 2 .....	99

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ganchart KTA
- Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 3 Lembaran Bimbingan KTA
- Lampiran 4 Standar Operasional Pelaksanaan (SOP) *Foot Massage*
- Lampiran 5 Leaflet *Foot Massage*
- Lampiran 6 Surat Permohonan Kepada Responden
- Lampiran 7 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (Inform Consent)
- Lampiran 8 Asuhan Keperawatan Partisipan 1
- Lampiran 9 Asuhan Keperawatan Partisipan 2
- Lampiran 10 Dokumentasi
- Lampiran 11 Penurunan Skala Nyeri
- Lampiran 12 Lembar Uji Plagiarisme Turnitin

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dasar suatu negara. Di Indonesia AKI masih memprihatinkan dan menduduki peringkat pertama di negara ASEAN. Menurut World Health Organization (WHO) sekitar 830 wanita diseluruh dunia meninggal setiap harinya karena komplikasi kehamilan dan persalinan. Saat ini proporsi kematian ibu kurang lebih 305 kematian per 100 ribu kelahiran hidup. Dimana sekitar 77% kematian terbesar terjadi dirumah sakit. Salah satu faktor penyebabnya ialah karena ibu yang dirujuk ke rumah sakit sudah dalam kondisi komplikasi yang berat. Komplikasi pada masa kehamilan merupakan salah satu faktor terbesar penyebab dari AKI. Salah satu komplikasi pada kehamilan yaitu Plasenta previa terjadi pada 1/200 kelahiran, mempersulit sekitar 0,3% kehamilan dan berkontribusi pada sekitar 5% dari semua kelahiran prematur (Kemenkes RI, 2021).

Plasenta previa merupakan salah satu komplikasi kehamilan serius di mana plasenta terletak di segmen bawah rahim sehingga dapat menghalangi jalan lahir. Plasenta previa totalis adalah kondisi plasenta yang menutupi seluruh segmen bawah rahim yang dapat menyebabkan pendarahan berat. Kondisi ini biasanya ditandai dengan perdarahan uterus tanpa rasa nyeri yang muncul pada trimester ketiga kehamilan, terutama sekitar bulan kedelapan. Faktor risiko utama plasenta previa meliputi usia ibu yang lebih tua, multiparitas, riwayat operasi sesar, dan aborsi sebelumnya. Komplikasi yang dapat terjadi pada plasenta previa mencakup perdarahan antepartum yang berisiko menyebabkan syok, gangguan posisi janin seperti letak bokong dan letak lintang, serta peningkatan risiko persalinan prematur (Previa dan Rahmania, 2020).

Sectio Caesarea (SC) atau bedah sesar merupakan salah satu penatalaksanaan pada ibu hamil dengan plasenta previa. Sectio caesarea ialah suatu tindakan



operasi yang bertujuan untuk mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. Sectio caesarea dilakukan untuk mengurangi angka kematian ibu akibat gagal pada persalinan normal (Aprina dan Puri 2016).

*Sectio caesarea* merupakan tindakan operasi persalinan yang terbukti mengurangi angka kematian ibu ketika persalinan pervaginam terindikasi beresiko. Menurut World Health Organisation (WHO) tingkat operasi sesar di seluruh dunia pada tahun 2021 sebesar 21% dan diproyeksikan akan terus meningkat selama dekade ini. angka ini akan meningkat lebih lanjut menjadi 29% pada tahun 2030 (World Health Organization, 2021).

Hasil Survey Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menyatakan terdapat 25,9% persalinan dilakukan melalui operasi. Angka persalinan ibu di Indonesia tahun 2018 mencapai 70,9%. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah Bali (53,2%), DKI Jakarta (40,8%), DI Yogyakarta (38,1%), dan Sumatera Barat (34,9%) (SKI, 2023). Sementara itu di Kota Padang persalian *sectio caesarea* yaitu sebanyak 14%, dimana angka tersebut telah melebihi batas maksimal standar WHO 5 – 15% (Dinkes Kota Padang, 2022).

Persalinan *sectio caesarea* menimbulkan reaksi fisiologis salah satunya adalah nyeri pada daerah insisi akibat robeknya jaringan pada dinding perut dan uterus. Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa juga karena suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Rizki Azmazatin et al., 2024).

Penanganan nyeri pada ibu post SC dapat dilakukan dengan menggunakan terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis. Dengan berkembangnya IPTEK dan banyaknya riset keperawatan (Evidence Base), sekarang banyak

ditemukan penelitian penelitian terapi komplementer sebagai alternatif pilihan penatalaksanaan terapi non farmakologis. Metode pereda nyeri non farmakologis, biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut akan diperlukan untuk mengurangi timbulnya episode nyeri. Salah satu terapi nonfarmakologis yang baik untuk menurunkan intensitas nyeri salah satunya adalah dengan *foot massage* (Permatasari Devi et al., 2019).

*Foot massage* adalah salah satu teknik pilihan dalam menurunkan nyeri dikarenakan pada daerah kaki terdapat saraf – saraf yang terhubung ke organ dalam dan memanipulasi jaringan ikat dengan cara meremas, pukulan atau gesekan untuk memberikan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak yang berdampak terhadap sirkulasi dan juga dapat memberikan efek relaksasi, tindakan non farmakologis dengan *foot massage* bisa dilakukan 24 – 48 jam setelah tindakan *sectio caesaraea* (SC). Keuntungan dengan diberikan *foot massage* sebagai salah satu terapi komplementer yang aman dan juga mudah diberikan serta mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit atau nyeri, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Damayanti dan Nurrohmah, 2023).

Tindakan *foot massage* dapat dilakukan pada 24- 48 jam setelah operasi, dan setelah 5 jam pemberian analgetik, dimana pada saat itu klien kemungkinan merasakan nyeri terkait dengan waktu paruh obat analgetik 5 jam dari waktu pemberian. Tindakan dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen. Pengumpulan data dilakukan dengan mengukur skala nyeri sebelum dilakukan perlakuan, kemudian responden diberikan perlakuan berupa *foot massage* yang dilakukan 1 kali setiap hari dengan durasi waktu 20 menit selama 2 hari. *Foot massage* dilakukan sendiri oleh perawat ruangan sekaligus tim dalam penelitian yang sudah mengikuti pelatihan *foot massage*. *Foot massase* dilakukan dengan teknik efflurage dan petrisage dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang

kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki. Pada hari kedua, 1-2 jam setelah pemberian *foot massage* diukur kembali skala nyeri responden (Muliani, Rizki et al., 2020).

Berbagai penelitian juga membahas mengenai pengaruh *foot massage therapy* telah dilakukan oleh peneliti terdahulu, seperti yang dilakukan oleh Masadah, Cembun dan Ridawati Sulaeman (2020) dalam penelitiannya ada pengaruh *foot massage therapy* terhadap skala nyeri ibu post operasi sectio cesaria di ruangan nifas Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram dengan menunjukan sebelum dilakukan tindakan *foot massage therapy*, nyeri ibu post operasi sectio cesaria tergolong dalam kategori nyeri sedang (83%), kategori nyeri berat (17%). Setelah diberikan *foot massage therapy* (52%) nyeri sedang, nyeri ringan (48%) dan tidak ada yang mengalami nyeri berat.

Penelitian lainnya berjudul pengaruh *foot massage therapy* terhadap tingkat nyeri klien post operasi *sectio caesarea* di Rumah Sakit AMC Cileunyi Bandung yang dilakukan oleh (Muliani, Rizki et al., 2020) penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimen. Jumlah sampel ditentukan dengan teknik purposive sampling dengan menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS) dan prosedur kerja *foot massage therapy* menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi *sectio caesarea* berada di tingkat nyeri sedang sebelum dilakukan *foot massage therapy* dan hampir setengah memiliki tingkat nyeri ringan sesudah dilakukan *foot massage*.

Hasil observasi dan wawancara peneliti di Ruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang. didapatkan bahwa jumlah pasien post *sectio caesarea* di Ruang Kebidanan lantai 2 dalam satu bulan terakhir dari tanggal 21 Maret 2025 sampai dengan 21 April 2025 berjumlah 60 pasien. Dari 60 pasien, 10 pasien diantaranya adalah pasien post *sectio caesarea* atas indikasi *plasenta plevia*. Masalah yang muncul pada pasien setelah tindakan operasi yaitu nyeri pada luka bekas operasi. Ibu post SC sudah diberikan obat pereda nyeri namun intensitas nyeri tidak bisa langsung menurun begitu saja. Ibu

post SC sudah diajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu teknik napas dalam namun pasien belum pernah mendapatkan *foot massage*.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti melakukan “Penerapan Foot Massage Untuk Mengatasi Masalah Nyeri Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang akan diteliti yaitu bagaimana penerapan *foot massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis dengan nyeri di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang?.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan dan penerapan *foot massage* pada pasien post sectio caesarea atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mendeskripsikan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Untuk mendeskripsikan hasil penerapan *foot massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea atas indikasi plasenta previa totalis untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

#### **D. Manfaat Penulisan**

##### **1. Manfaat Aplikatif**

Hasil karya akhir ini dapat digunakan sebagai salah satu terapi non farmakologis pada pasien yang mengalami masalah nyeri post *sectio caesarea*.

##### **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

Hasil karya akhir ini dapat digunakan sebagai referensi oleh mahasiswa ataupun pendidikan, menjadi bahan bacaan, menambah wawasan ilmu pengetahuan, dan menjadi gambaran bagi perawat dalam memberikan penerapan *foot massage* dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah nyeri post *sectio caesarea*.

##### **3. Manfaat Bagi Rumah Sakit**

Hasil karya akhir ini dapat digunakan sebagai bahan alternatif dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani partisipan post SC untuk menurunkan tingkat nyeri.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Dasar Plasenta Previa**

##### **1. Definisi**

Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Cunningham, 2013).

Plasenta Previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir (ostium uteri internal) dan oleh karenanya bagian terendah seringkali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri. Plasenta previa adalah keadaan dimana implantasi plasenta terletak pada atau didekat serviks (Lilis, 2013).

##### **2. Etiologi**

Menurut beberapa peneliti belum diketahui dengan pasti apa penyebab dari blastokista yang berimplantasi pada rahim bagian bawah. Ada yang berpendapat bahwa bisa saja blastokista yang menempa desidua terjadi secara kebetulan tanpa latar belakang lain. Salah satu teori alternatif adalah bahwa sisa vaskularisasi dari proses inflamasi atau trombotik mungkin menjadi penyebabnya. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa meliputi usia ibu lanjut, paritas tinggi, dan prosedur inflamasi seperti operasi caesar, histerektomi, dan histerektomi histeroskopi. Cacat bekas operasi sesar berkontribusi pada peningkatan kejadian plasenta previa sebanyak dua hingga tiga kali lipat. Prevalensi plasenta previa dua kali lebih tinggi pada wanita perokok. Plasenta membesar dalam upaya untuk menebus hipoksemia

yang disebabkan oleh karbon monoksida dari pembakaran rokok. Ostium uteri internum dapat sebagian atau seluruhnya ditutupi oleh plasenta yang telah tumbuh berlebihan, seperti dalam kasus kehamilan ganda dan eritroblastosis janin ( Prawirohardjo, 2020).

#### 4. Klasifikasi

Klasifikasi dari plasenta previa menurut Prawirohardjo 2020 :



**Gambar 2.1 Klasifikasi Plasenta Previa**

- a. Plasenta previa totalis atau komplitis adalah keadaan dimana jalan lahir bayi tertutupi sepenuhnya oleh plasenta. Mengingat tingginya bahaya perdarahan, jelas bahwa kelahiran normal tidak mungkin dilakukan pada plasenta previa jenis ini.
- b. Plasenta previa parsialis adalah keadaan dimana sebagian jalan lahir bayi tertutupi plasenta. Pada jenis ini ada kemungkinan besar terjadinya perdarahan, sehingga janin tidak dianjurkan untuk dilakukan persalinan pervaginam.
- c. Plasenta previa marginalis adalah keadaan dimana tepi jalan lahir tertutupi oleh plasenta. Bagian pinggir dari plasenta adalah satu-satunya bagian yang menutupi jalan lahir, sehingga memungkinkan persalinan pervaginam tetapi ada risiko yang tetap besar untuk perdarahan.
- d. Plasenta letak rendah, plasenta lateralis, atau kadang disebut juga *dangerous* plasenta yaitu ketika tepi bawah plasenta menempel pada segmen bawah rahim sehingga berjarak sekitar 2 cm dari jalan lahir janin. Plasenta normal adalah yang jaraknya dengan jalan lahir janin dipisahkan lebih dari 2 cm. Meski masih ada sedikit bahaya pendarahan, jika dilakukan dengan hati-hati maka janin bisa dilahirkan secara

pervaginam.

## **5. Tanda Dan Gejala**

Menurut (Imron, 2021) tanda dan gejala plasenta previa antara lain :

- a. Perdarahan pada vagina tanpa nyeri
- b. Perdarahan berulang.
- c. Warna perdarahan merah segar.
- d. Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah. Timbulnya perlahan –lahan.
- e. Waktunya terjadi pada saat hamil.
- f. His biasanya tidak ada.
- g. Rasa tidak tegang (biasa) pada saat palpasi.
- h. Denyut jantung janin ada.
- i. Teraba jaringan plasenta pada pemeriksaan dalam vagina.
- j. Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- k. Presentasi mungkin abnormal.

## **6. Faktor Resiko**

- a. Wanita berumur lebih dari 35 tahun lebih beresiko
- b. Multiparitas apalagi bila jaraknya singkat. Secara teori plasenta yang baru berusaha mencari tempat selain bekas plasenta sebelumnya.
- c. Kehamilan kembar
- d. Adanya gangguan anatomis atau tumor pada rahim sehingga mempersempit permukaan bagi penempelan plasenta.
- e. Adanya jaringan parut pada rahim oleh operasi sebelumnya.
- f. Adanya endometriosis (adanya jaringan pada tempat yang bukan seharusnya, misalnya di indung telur ) setelah kehamilan sebelumnya.
- g. Riwayat plasenta previa sebelumnya, beresiko 12 kali lebih besar.
- h. Adanya trauma pada saat kehamilan.
- i. Kebiasaan tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol.
- j. Plasenta besar pada hamil ganda dan eritoblastosis atau hidrops fetalis.
- k. Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi.



## 7. Patofisiologi

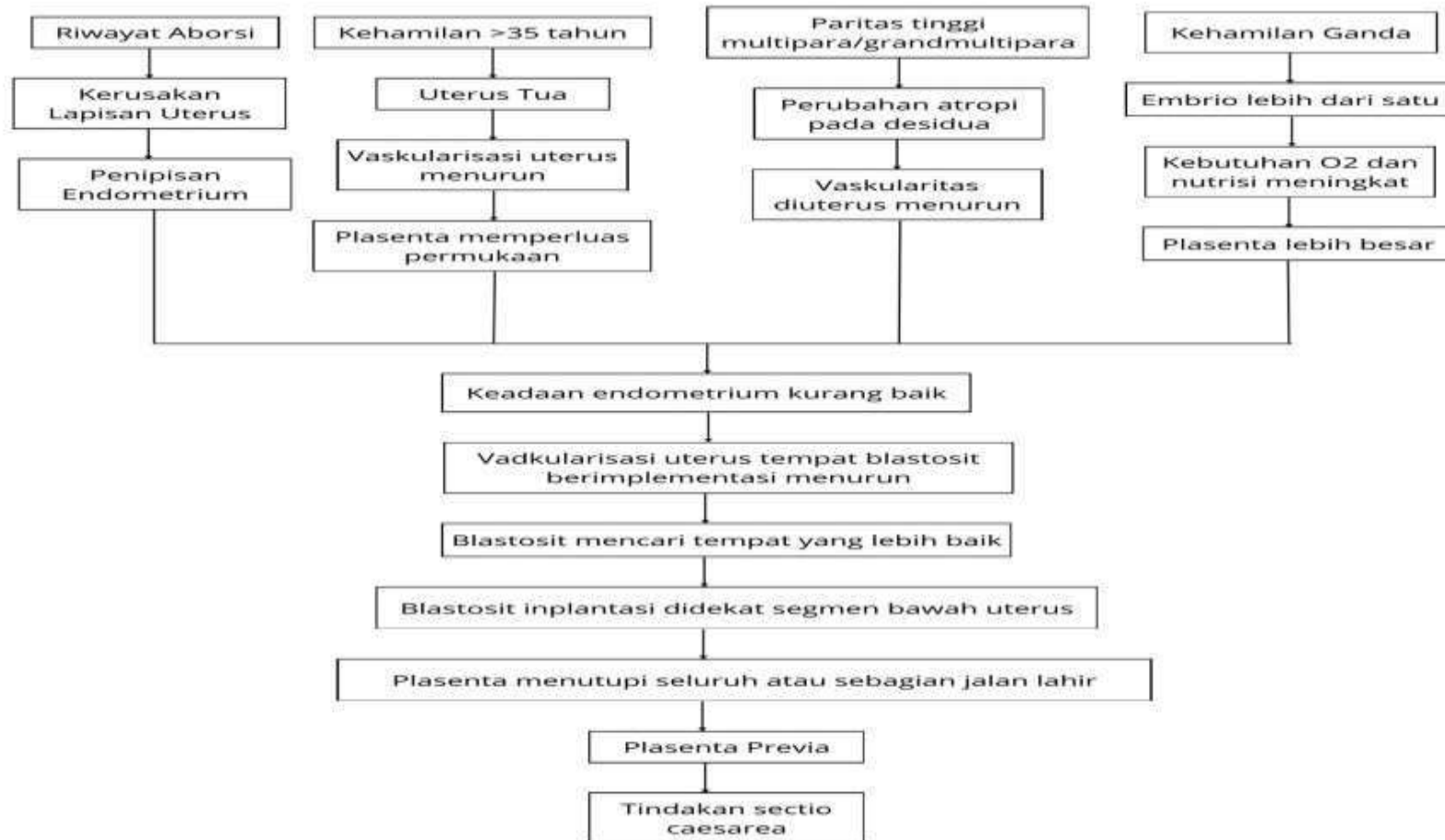
Menurut Prawirohardjo (2020) pada usia kehamilan yang sudah mencapai lebih dari 28 minggu, akan terjadi pelepasan tapak plasenta yang disebabkan oleh pembentukan segmen bawah rahim. Hal ini dikatakan terjadi lebih awal jika terjadi sebelum trimester ketiga kehamilan, karena normalnya terjadi pada trimester ketiga. Pada awalnya bagian desidua basalis akan berkembang menjadi bagian uri, lalu akan terbentuk jaringan maternal yang akan berakhir menjadi tapak dari plasenta. Ketika terjadi pelebaran isthmus uterus yang akan membentuk rahim bagian bawah, maka akan terjadi laserasi pada plasenta karena terlepas dari tapaknya yaitu desidua (Prawirohardjo, 2020).

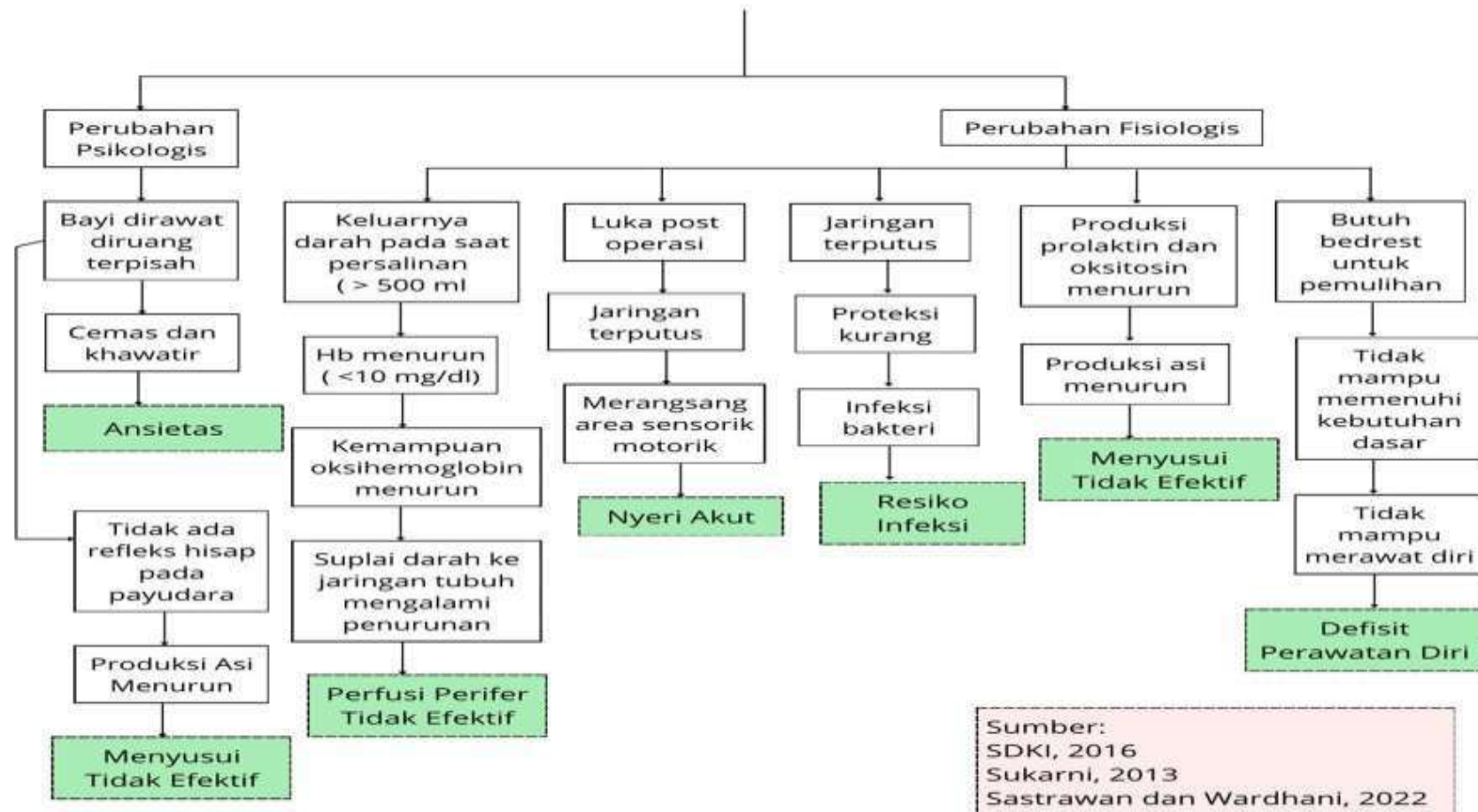
Demikian pula akan terdapat bagian dari tapak plasenta yang terlepas ketika pendataran serviks (effacement) dan pembukaannya (dilatation). Dari ruang intervillus plasenta akan terjadi perdarahan. Akan terjadi *unavoidable bleeding* dikarenakan fenomena pembentukan segmen bawah rahim. Bagian bawah rahim dan serviks memiliki jumlah otot yang sangat minimal sehingga tidak dapat berkontraksi dengan kuat dan pembuluh darah tidak akan tertutup dengan sempurna yang akan berakibat dengan perdarahan yang lebih mudah dan lebih banyak (Prawirohardjo, 2020). Perdarahan akan berlanjut lama dan banyak jika ada perlukaan pada sinus besar plasenta, jika tidak maka perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan. Laserasi baru akan menghasilkan episode perdarahan lain karena bagian bawah rahim akan terus berkembang secara progresif dan bertahap sehingga perdarahan akan terjadi kembali tanpa alasan lain (causeless). Pendarahan tersebut tidak menimbulkan rasa sakit dan berwarna merah segar (Prawirohardjo, 2020).

Karena segmen bawah rahim berkembang pertama kali di bagian terbawah, perdarahan akan terjadi pada plasenta yang menutupi seluruh jalan lahir janin pada awal kehamilan. Sebaliknya, perdarahan baru

terjadi ketika persalinan mendekati atau dimulai dalam kasus plasenta previa parsialis atau plasenta letak rendah. Pendarahan pertama biasanya sedikit, tetapi perdarahan selanjutnya akan terus mengalami peningkatan. Meskipun perdarahan pertama dapat dimulai lebih awal dari 30 minggu kehamilan, biasanya perdarahan lebih sering terjadi pada 34 minggu atau lebih. Hematoma retroplasental dapat melebar melukai lebih banyak jaringan serta melepaskan tromboplastin ke dalam sirkulasi ibu, oleh karena itu lebih mudah bagi darah untuk mengalir dari rahim ketika tempat perdarahan dan otium internum uterus berdekatan. Akibatnya, koagulopati sangat jarang terjadi (Prawirohardjo, 2020).

## 8. WOC Plasenta Previa





## 9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Maryunani, 2018) Pemeriksaan penunjang untuk plasenta previa yaitu:

- a. Laboratorium : darah lengkap, urine lengkap
- b. Kardiotokografi (KTG), doppler Laennec untuk mengetahui kesejahteraan janin
- c. Ultrasonografi (USG)
  - 1) Pemeriksaan USG untuk menentukan letak plasenta/ implantasi plasenta, usia kehamilan dan keadaan janin secara keseluruhan.
  - 2) Plasenta previa dapat didiagnosa dengan menggunakan USG transabdominal dengan akurasi 93% sampai 97%.
  - 3) Dengan menggunakan USG, plasenta previa bisa ditemukan pada trimester kedua, atau sekitar kehamilan 18 minggu.
  - 4) Hasil yang negatif palsu dan positif palsu biasanya terjadi akibat masuknya kepala, implantasi plasenta pada bagian posterior, ibu yang gemuk dan kompresi segmen bawah rahim karena overdistensi kandung kemih.
  - 5) Jika USG menampakkan implantasi yang normal, pemeriksaan menggunakan spekulum perlu dilakukan untuk mengetahui penyebab perdarahan (seperti servitis, polips atau karsinoma serviks).

## 10. Penatalaksanaan

Dikutip dari (Sukarni I, 2016), penatalaksanaan pada pasien plasenta previa dapat dilakukan dengan 2 cara berbeda, yaitu secara konservatif dan aktif.

- a. Konservatif
 

Tatalaksana konservatif dilakukan ketika kehamilan ibu kurang dari 37 minggu dengan perdarahan yang minimal atau bahkan tidak ada perdarahan yang ditandakan dengan normalnya kadar Hb pada pasien. Syarat lainnya adalah pasien bertempat tinggal disekitar rumah sakit sehingga rumah sakit dapat dicapai dalam

waktu 1 menit. Perawatan konservatif yang dilakukan dapat berupa istirahat dan tirah baring, pada pasien yang mengalami anemia dapat diberikan obat hematinic dan spasmolitik, dapat juga diberikan antibiotik jika terdapat indikasi infeksi, dan melakukan monitoring dengan pemeriksaan ultrasonografi, pemeriksaan Hb, dan pemeriksaan hematokrit. Setelah dilakukan perawatan konservatif, mulailah mobilisasi bertahap jika tidak ada pendarahan selama tiga hari. Jika masih tidak ada pendarahan, pasien dapat dipulangkan. Jika perdarahan terjadi, maka pasien harus dibawa kembali ke rumah sakit dan dilarang untuk bersenggama.

b. Penanganan Aktif

Penanganan aktif dilakukan terlepas dari usia kehamilan ibu baik kurang atau lebih dari 37 minggu, atau kematian pada janin, perawatan aktif diperlukan ketika perdarahan terjadi secara signifikan dan dengan volume yang banyak. Persalinan pervaginam dan perabdominal adalah bentuk dari perawatan aktif. Sebelum melakukan persalinan maka pasien akan dilakukan pemeriksaan di meja operasi. Jika saat melakukan pemeriksaan ditemukan plasenta marginalis dan letak rendah, maka perlu diperhatikan bagaimana keadaan dari janin dan serviks. Jika terdapat kematian pada janin dan kondisi serviks yang sudah matang, kepala janin mencapai PAP, dan ada sedikit atau tidak ada pendarahan, amniotomi harus segera dilakukan. Jika tidak berhasil, tetesan oksitosin harus diterapkan pada partus pervaginam (sesuai dengan prosedur penghentian kehamilan). Lakukan operasi sesaria jika terdapat banyak pendarahan. Dalam melakukan operasi sesar maka harus ditemukan indikasi berupa plasenta previa totalis, perdarahan banyak yang tidak berhenti, presentase janin yang tidak normal, panggul ibu sempit, serviks dalam keadaan belum matang, dan gawat janin.

Menurut Prawirohardjo (2020), tatalaksana untuk menyelesaikan persalinan pada kehamilan dengan plasenta previa dapat dilakukan dengan cara-cara berikut, yaitu :

a. Seksio Sesaria

Seksio sesaria dilakukan dengan tujuan untuk segera melahirkan janin sehingga kontraksi uterus dapat berlangsung yang akan memberhentikan perdarahan dan menghindari risiko terjadinya robekan pada serviks uteri. Ketika melakukan seksio sesaria, prinsip utama yang diterapkan adalah prosedur dilakukan untuk menyelamatkan ibu, sehingga tindakan akan tetap dilakukan walaupun janin meninggal ataupun tidak memiliki harapan untuk hidup.

Perbedaan vaskularitas dan susunan serat otot dengan korpus uterus, akan menyebabkan perdarahan yang bersumber dari tempat plasenta berimplentasi. Adanya perbedaan vaskularisasi yang signifikan, membuat serviks uterus dan penipisan segmen bawah rahim yang mudah robek. Agar kondisi ibu stabil dan pulih, ketikan melakukan prosedur perlu disiapkan darah pengganti. Memberikan perawatan pasca operasi lanjutan termasuk mengawasi keseimbangan cairan, infeksi, dan perdarahan juga perlu dilakukan setelah prosedur operasi selesai.

b. Melahirkan Pervaginam

Penekanan pada plasenta dapat membantu menghentikan perdarahan saat melahirkan, yaitu :

1) Amniotomi dan akselerasi

Hal ini biasanya dilakukan pada pasien dengan plasenta previa jenis lateralis ataupun marginalis, ketika sudah muncul presentasi kepala dari janin serta pembukaan >3 cm. Plasenta akan mengikuti bagian bawah rahim ketika kepala janin memecahkan dan mengkompresi kantung ketuban. Jika kontraksi rahim belum dimulai atau masih

lemah, injeksi oksitosin dapat membantu memulai kontraksi.

## 2) Versi *braxton hicks*

Penekanan ini dilakukan bertujuan untuk memberikan efek tamponade pada plasenta yang dilakukan oleh janin dengan bagian bokong dan kakinya. Penekanan dengan cara ini dilakukan pada janin yang sudah meninggal, jika janin masih hidup maka *braxton hicks* tidak dapat dilakukan.

## 11. Komplikasi

Menurut Prawirohardjo (2020) sejumlah komplikasi utama mungkin timbul pada wanita hamil yang mengalami plasenta previa, meliputi :

1. Ketika segmen rahim terbentuk, plasenta akan terlepas dari titik perlekatannya di rahim berulang kali, sehingga perdarahan berulang tidak dapat dicegah. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya komplikasi berupa anemia bahkan syok hipovolemik.
2. Fakta bahwa plasenta terletak di bagian bawah rahim dan bahwa bagian khusus ini memudahkan trofoblas memasuki miometrium dan mungkin perimetrium, di mana ia dapat menumbuhkan plasenta inkreta dan mungkin perkreta. Retensi plasenta dimungkinkan walaupun tidak semua permukaan plasenta terkena akreta atau inkreta, dan di bagian plasenta yang telah terlepas perdarahan akan muncul dalam kurung waktu 3 hari.
3. Potensi robeknya daerah bawah rahim, yang sehat dan akan pembuluh darah, berkontribusi terhadap perdarahan besar yang dihasilkan daerah tersebut. Oleh karena itu, kehati-hatian harus digunakan ketika melakukan tugas manual di area ini, seperti mengeluarkan anak melalui sayatan rahim pada segmen bawah atau secara manual menghilangkan plasenta selama retensi plasenta. Histerektomi total dapat dilakukan dalam situasi yang sangat serius seperti ini jika perdarahan berlebihan dari salah



satu penyebabnya tidak dapat dikontrol dengan prosedur yang lebih sederhana.

4. Pada ibu hamil dengan kondisi ini sering ditemukan kelainan letak anak, sehingga terpaksa lebih sering diambil tindakan operasi.
5. Pada kehamilan belum *aterm*, tindakan terminasi kehamilan biasanya terpaksa untuk dilakukan sehingga komplikasi berupa kelahiran *premature* dan gawat janin sering tidak dapat dihindari.
6. Pasien yang memiliki plasenta previa memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami masa pengobatan yang lebih lama dan kejadian berisiko tinggi, termasuk seperti solusio plasenta, operasi, kelainan letak janin, perdarahan pasca persalinan, ibu akibat perdarahan, dan koagulasi intravaskular diseminata (DIC).

## **B. Konsep Sectio Caesarea**

### **1. Definisi**

Sectio caesaria (SC) adalah suatu tindakan kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Reeder, Martin, dan Koniak-Griffin 2011).

Persalinan secara *sectio caesarea* (SC) adalah lahirnya janin, plasenta dan juga selaput ketuban melalui irisan yang dibuat pada dinding perut dan juga rahim, ada beberapa manfaat dengan dilakukannya tindakan *sectio caesarea* (SC) ini mengeluarkan janin dengan secara cepat, tidak menyebabkan tertariknya kandung kemih dan juga berkurangnya perdarahan (Damayanti dan Nurrohmah, 2023).

### **2. Etiologi**

Menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) ada dua indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, yaitu:

- a. Indikasi yang berasal dari ibu, yaitu:

- 1) Primigravida dengan kelainan letak
  - 2) Primipara tua disertai kelainan letak
  - 3) Disproporsi safalo pelvis (disproporsi janin / panggul)
  - 4) Sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk
  - 5) Kesempitan panggul
  - 6) Plasenta previa terutama pada primigravida
  - 7) Solusio plasenta tingkat I –II
  - 8) Komplikasi kehamilan (pre eklamsia-eklamsia)
  - 9) Permintaan
  - 10) Kehamilan yang disertai penyakit (jantung, diabetes mellitus)
  - 11) Gangguan perjalanan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).
- b. Indikasi yang berasal dari janin, meliputi:
- 1) Fetal distress atau gawat janin
  - 2) Mal persentasi dan mal kedudukan janin
  - 3) Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil
  - 4) Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi.

### 3. Tipe-Tipe Sectio Caesarea

Menurut (Reeder dan Martin, 2011) tipe-tipe sectio caesaria yaitu:

a. Segmen bawah: insisi melintang

Pelahiran sesarea segmen bawah atau melintang merupakan kelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling sedikit dengan aktivitas uterus, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal, area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya, serta insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih mudah.

b. Sectio Caesaria secara klasik

Sectio Caesaria secara klasik yaitu sebuah insisi lurus yang dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janis dan plasenta dikeluarkan

dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya. Kadang kala tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.

Section Caesaria secara klasik merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita dan janin terancam, karena metode ini lebih ekstensif yang memberikan akses yang cepat pada janin. Lima kondisi yang juga memerlukan insisi klasik yaitu:

- 1) Janin preterm kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan kelahiran janin tanpa menimbulkan trauma
- 2) Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa
- 3) Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah seksio sesarea
- 4) Seksio sesarea postmortem dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal
- 5) Terdapat kanker serviks invasif.

#### **4. Patofisiologi**

Menurut (Reeder dan Martin, 2011) adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, Cephalopelvic Disproportion, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu

adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post SC, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Setelah kelahiran bayi prolaktin dan oksitosin meningkat menyebabkan efeksi ASI. Efeksi ASI yang tidak kuat akan menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI pada bayi.

## 5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien *sectio caesarea* menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Perawatan Preoperasi Sectio Caesarea
  - 1) Persiapan kamar operasi  
Kamar operasi sudah dibersihkan dan siap untuk dipakai
  - 2) Peralatan dan obat-obatan telah siap, termasuk kain operasi
- b. Persiapan pasien
  - 1) Pasien telah dijelaskan tentang prosedur operasi
  - 2) Informed consent telah ditanda tangani oleh pihak keluarga pasien
  - 3) Perawat memberi support kepada pasien

- 4) Daerah yang akan dilakukan insisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antisepti)
  - 5) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita dan mengetahui keadaan umum pasien
  - 6) Pemeriksaan laboratorium (darah, urine)
  - 7) Pemeriksaan USG
  - 8) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi.
- c. Perawatan Post Operasi Sectio Caesaria
- 1) Analgesik
    - a) Perempuan dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikkan 10 mg morfin.
    - b) Perempuan dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
    - c) Perempuan dengan ukuran tubuh besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.
    - d) Obat-obatan antiemetic, misal protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik
  - 2) Tanda Vital
 

Tanda-tanda vital harus diperiksa setiap 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, pernafasan, dan jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.
  - 3) Terapi Cairan dan Diet
 

Pemberian 3 liter larutan Ringer Laktat terbukti sudah cukup selama pembedahan dalam 24 jam pertama berikutnya, tetapi jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua

4) Vasika Urinarius

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dapat bangun dari tempat tidur sebentar dengan bantuan perawat sekurang-kurangnya dua kali dalam sehari, dan pada hari kedua pasien dapat berjalan.

6) Perawatan Luka

Luka insisi dapat dilihat setiap hari, sehingga balutan luka yang efektif digunakan adalah balutan yang tidak banyak menggunakan plester. Secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat pasca pembedahan. Pada hari ketiga post operasi pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah dilakukan operasi, untuk mengetahui kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lainnya yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari pasca operasi. Jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan Buste Hounder (BH) payudara

9) Memulangkan Pasien dari Rumah Sakit

Seseorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post operasi. Aktivitas ibu dalam minggu pertama harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

## **6. Komplikasi**

Komplikasi sectio caesaria menurut (Oxorn dan Forte, 2010) yaitu sebagai berikut:

- a. Perdarahan yang terjadi karena adanya atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum.
- b. Infeksi sectio caesaria bukan hanya terjadi di daerah insisi saja, tetapi dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas.
- c. Berkurangnya vaskuler bagian atas uterus sehingga dapat menyebabkan rupture uterus.
- d. Ileus dan peritonitis.

## **C. Konsep Nyeri**

### **1. Pengertian**

Nyeri adalah mekanisme pertahanan tubuh yang timbul apabila ada jaringan rusak dan dapat menyebabkan individu bereaksi dengan memindahkan stimulus nyeri. Seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif, jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, perasaan menjadi takut, emosi dan sering terjadi mual. Secara umum nyeri digambarkan sebagai keadaan yang tidak nyaman akibat dari rusaknya jaringan (Afroh dan Judha, 2012).

### **2. Etiologi Nyeri**

Nyeri dapat disebabkan karena beberapa hal yaitu trauma, peradangan (inflamasi), neoplasma (jinak dan ganas), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah, serta terjadi karena trauma psikologis (PPNI 2017).

Nyeri berdasarkan lama waktu terjadinya dibagi menjadi dua, yaitu:

#### **a. Nyeri akut**

##### **1) Agen pencidera fisiologis**

Contohnya: inflamasi, iskemia, dan neoplasma

##### **2) Agen pencidera fisik (prosedur SC)**

Contohnya: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih

##### **3) Agen pencidera Kimiawi**

Contohnya: terbakar, dan terkena bahan kimia iritan

#### **b. Nyeri Kronis**

Bisa disebabkan oleh kondisi muskuloskletal kronis, kerusakan sistem saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster), gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat



penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual), dan riwayat penyalahgunaan obat/zat.

### **3. Tanda dan gejala nyeri**

Tanda dan gejala nyeri menurut (PPNI, 2017) yaitu:

#### **a. Nyeri Akut**

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur
- 6) Tekanan darah meningkat
- 7) pola napas berubah
- 8) nafsu makan berubah
- 9) proses berpikir terganggu
- 10) Menarik diri
- 11) Berfokus pada diri sendiri
- 12) Diaforesis

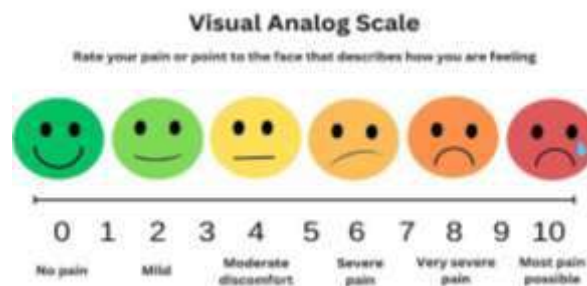
#### **b. Nyeri Kronis**

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Merasa depresi (tertekan)
- 3) Tampak meringis
- 4) Gelisah
- 5) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
- 6) Merasa takut mengalami cedera berulang
- 7) Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri)
- 8) Waspada
- 9) Pola tidur berubah
- 10) Anoreksia
- 11) Fokus menyempit
- 12) Berfokus pada diri sendiri

#### 4. Pengukuran Nyeri

##### a. Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala liner ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pertanyaan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala bisa dibuat vertical atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

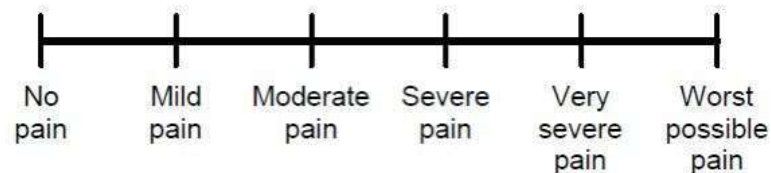


Gambar 2. 2 Vas Scale Pain

##### b. Verbal Rating Scale (VRS)

Ujung ekstrim juga digunakan pada skala ini. Sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat

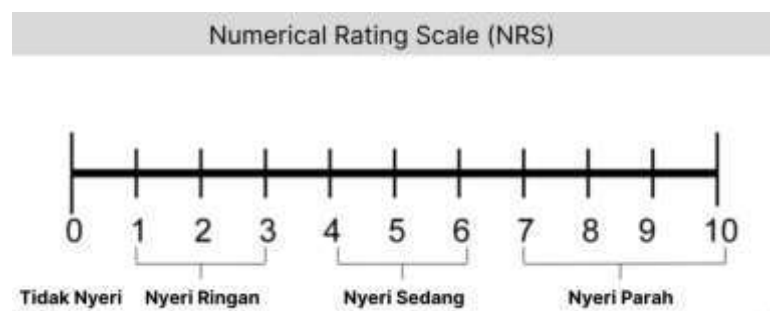
dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2.3 Verbal Rating Scale (VRS)

c. Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic.



Gambar 2.4 Numeric Rating Scale (NRS)

d. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



Gambar 2.5 Wong Baker Pain Rating Scale

## D. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Sectio Caesarea

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian menurut (Nurafif et al., 2016) merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini, Tahap ini terbagi atas:

#### a. Pengumpulan data

##### 1) Identitas

- (a) Nama: Dikaji untuk mengenal dan mengetahui klien agar tidak keliru dalam memberikan penanganan
- (b) Umur: Untuk mengetahui umur klien, semakin tua umur resiko terjadinya plasenta previa sangat besar
- (c) Agama: Sebagai keyakinan individu untuk proses kesembuhan
- (d) Alamat: Untuk mengetahui alamat klien
- (e) Suku/Bangsa: Mengetahui faktor bawaan
- (f) Pendidikan: Dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan
- (g) Pendidikan: Dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga mempermudah dalam memberikan pendidikan kesehatan

(h) Pekerjaan: Dikaji untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan

2) Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang harus dinyatakan dengan singkat menggunakan bahasa yang dipakai pemberi keterangan. Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan klien datang. Menggunakan keterangan PQRST untuk pendekatan perawat, biasanya pada kasus post SC dengan plasenta previa klien merasakan beberapa keluhan seperti nyeri bekas luka post SC.

3) Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan lain yaitu sesak nafas setelah operasi yang berupa gangguan kerja otot nafas yang tertutup dan gangguan nyeri pada perut bagian bawah, nyeri seperti di iris-iris, dan nyeri terasa saat digerakan. Pada kasus plasenta previa ibu merasa badan terasa lemah dan lelah, beresiko pendarahan.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian untuk menurunkan resiko pembedahan seperti pengkajian adanya penyakit DM, tuberkolosis, kelainan hematologi.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Biasanya tidak ada masalah pada kepala.

b) Wajah

Biasanya pasien cenderung mengalami wajah pucat, dan biasanya terdapat cloasma gravidarum.

c) Mata

Pasien cenderung mengalami konjungtiva anemis, sklera sedikit ikterik.

d) Telinga

Telinga simetris. Pada telinga dapat dinilai bagaimana kebersihannya, periksa adakah yang keluar dari telinga.

e) Hidung

Pada hidung tidak terdapat pernapasan cuping hidung dan polip.

f) Leher

Biasanya ditemukan adanya kelenjar tiroid. Periksa apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan vena jugularis.

g) Dada

Biasanya pada paru-paru, retraksi dinding dada tidak ada, dan pada jantung biasanya ictus cordis tidak terlihat dan batas-batas jantung tidak melebar.

h) Payudara

Inspeksi: Pada payudara biasanya tidak simetris, pada areola mammae terjadi hiperpigmentasi, papila mammae menonjol atau datar dan tampak bersih atau tidak bersih.

Palpasi: ASI atau kolostrum ada tetapi sedikit, payudara membengkak.

i) Abdomen

Inspeksi: Akan tampak ada luka bekas operasi, biasanya posisi luka operasi melintang atau tegak lurus, biasanya tampak ada striae, linea nigra atau alba.

Palpasi: Pada hari pertama partum tinggi fundus uteri setinggi pusat, posisi uterus medial atau lateral, kontraksi uterus bisa terasa keras atau lunak.

j) Genitalia

Pada hari pertama partum pasien terpasang kateter

Lochea: Pada fase immediet yang terjadi pada 24 jam pertama, jenis lochea rubra yang pada umumnya berwarna merah muda. Pada fase early yang dimulai 24 jam pertama sampai satu minggu, jenis lochea sangunolenta. Selanjutnya fase lochea serosa yang dimulai dari hari ke 7-14 hari pasca partum, dan lochea alba setelah 2 minggu post partum.

Haemorhoid: Biasanya tidak ada haemorhoid

k) Ekstremitas

Atas: Pasien terpasang infus, biasanya teraba dingin, dan tampak sedikit pucat

Bawah: Biasanya tidak ada edema, biasanya tidak terdapat varises, biasanya teraba dingin, dan tampak sedikit pucat

## 2. Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dikelompokkan dan dianalisa untuk menemukan masalah kesehatan klien. Untuk mengelompokkannya dibagi menjadi dua data yaitu, data subjektif dan data objektif dan kemudian ditentukan masalah keperawatan yang timbul.

## 3. Diagnosis Keperawatan

Menurut (Nurafif et al., 2016) diagnosis keperawatan post *Section Caesarea* terbagi menjadi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

#### 4. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 1  
Konsep Dasar Perencanaan Keperawatan Pasien Post  
*Sectio Caesarea*

Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<b>Perfusi Perifer Tidak Efektif</b>	<b>Perfusi Perifer Meningkat (L.02011)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>2. Akral membaik</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik</li> <li>4. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>5. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>6. Penyembuhan luka meningkat</li> </ol>	<b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b> Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area yang cedera</li> <li>4. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>5. Lakukan hidrasi</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>2. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>3. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan untuk melakukan perawatan kulit yang tepat</li> <li>5. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</li> <li>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</li> </ol>
<b>Nyeri Akut (D.0077)</b>	<b>Tingkat Nyeri (L.08068)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteris hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b> Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pola nafas membaik</li> <li>3. Keluhan nyeri menurun</li> <li>4. Meringis menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
<b>Menyusui tidak efektif (D.0029)</b>	<p><b>Status Menyusui (L.03029)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 8 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam</li> <li>2. Tetesan/pancaran asi meningkat</li> <li>3. Suplai ASI meningkat</li> </ol>	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>5. Libatkan sistem</li> </ol>

		<p>perndukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> <li>2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkopres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ol>
<b>Ansietas (D.0080)</b>	<p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteris hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun</li> <li>2. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>3. Verbalisasi khawatir dengan kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk</li> </ol>

		<p>tetap bersama pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>5. Latih teknik relaksasi</li> </ol>
<b>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b>	<p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan ke toilet meningkat</li> <li>4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>5. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>
<b>Risiko Infeksi (D.0142)</b>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam glukosa derajat infeksi menurun. dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>

		2. Ajarkan cara memeriksa luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu
--	--	--

## E. Evidence Based Nursing (EBN)

### 1. Pengantar Jurnal

#### a. Pengertian *foot message therapy*

*Massage* adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi. *Massage* merupakan salah satu metode non farmakologi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Sudarmiati, 2020).

*Foot message therapy* adalah suatu pijatan dengan melakukan penekanan pada titik syaraf yang terdapat di kaki dengan tujuan untuk memberikan rangsangan bioelektrik pada organ tubuh tertentu sehingga menimbulkan efek rileks karena mempengaruhi beberapa hormon terkait dan aliran darah menjadi lancar (Sudarmiati, 2020).

Menurut Anderson dan Cutshall, (2007) dalam (Masadah et al., 2020) *foot massage therapy* adalah suatu teknik yang dapat meningkatkan pergerakan beberapa struktur dari kedua otot dan jaringan subkutan, dengan menerapkan kekuatan mekanik ke jaringan. Pergerakan ini dapat meningkatkan aliran getah bening dan aliran balik vena, mengurangi pembengkakan dan memobilisasi serat otot, tendon dengan kulit. Dengan demikian, *massage therapy* dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi otot untuk mengurangi rasa sakit dan mempercepat pemulihan pasien setelah operasi.

**b. Manfaat *foot message therapy***

Manfaat dari *foot massage therapy* 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 atau nyeri, sehingga mempercepat penyembuhan dan membuat ibu post SC menjadi lebih baik (Nazmi, 2018).

Menurut (Abbaspoor et al, 2014), nosireseptor adalah saraf yang memulai sensasi nyeri di mana reseptor ini yang mengirim sinyal nyeri dan terletak di permukaan jaringan internal dan dibawah kulit padat kaki, sehingga *foot massage therapy* dianggap menjadi metode yang sangat tepat untuk mengurangi nyeri.

*Foot massage therapy* dapat membantu menutup gerbang di posterior horns dari sumsum tulang belakang dan memblokir bagian dari nyeri ke sistem saraf pusat, selain itu *foot massage therapy* juga dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stres dengan cara meningkatkan tingkat dopamine yang ada di tubuh (Abdelaziz et al., 2014).

Reseptor nyeri umumnya terletak di kulit dan jaringan subkutan, dan tempat terpadat adalah tangan dan kaki. Setelah rangsangan mekanis, reseptor di permukaan tubuh ditransmisikan ke otak melalui sumsum tulang belakang, dan kemudian otak mengirimkan informasi untuk merangsang saraf vagus untuk bekerja pada hipotalamus, yang mendorong peningkatan enkephalin dan dinorfin, kandungan zat penyebab nyeri di dalam tubuh, dan memengaruhi sekresi dan metabolisme neurotransmitter terkait nyeri, hormon, serta evolusi dan pelepasan zat kimia di dalam tubuh, sehingga berperan sebagai analgesia. Oleh karena itu, penggunaan pijat sendi tangan dan kaki untuk meredakan nyeri

pasca operasi merupakan intervensi yang berharga (Wang et al., 2022).

### **c. Kelebihan *foot message therapy***

Kelebihan lain *foot massage therapy* dari tindakan manajemen nyeri non farmakologi lainnya adalah

- 1) *Foot massage therapy* sama efektifnya dengan teknik nonfarmakologi lainnya dalam menurunkan intensitas nyeri.
- 2) Tindakannya sederhana, dapat dipelajari dengan pelatihan singkat.
- 3) Tidak memerlukan alat khusus seperti pada tindakan TENS.
- 4) Tidak memerlukan bahan-bahan terapi atau persiapan khusus seperti pada aroma terapi.
- 5) Tidak memerlukan ruang khusus seperti pada tindakan relaksasi, distraksi, guide imagery.
- 6) Tidak memerlukan keahlian khusus seperti pada tindakan hipnoterapi yang perlu adanya bukti sertifikasi kewenangan melakukan hipnoterapy (Rumahaemi, et al., 2020).

### **d. Teknik *foot message therapy***

Menurut Sudarmiati, (2020) Adapun teknik pemijatan dasar secara umum ialah:

- 1) Gerakan tangan mengelus (*Effleurage*)  
Gerakan dilakukan dengan mengusap menggunakan telapak tangan dengan meluncurkan tangan dipermukaan tubuh searah dengan peredaran darah menuju jantung atau kelenjar getah bening.
- 2) Meremas (*Petrissage*)  
Gerakan memijit atau meremas dengan menggunakan telapak tangan atau jari tangan. Dengan meremas remas terjadi pengosongan dan pengisian pembuluh darah vena dan limfe.
- 3) Menekan (*Friction*)  
Gerakan melingkar kecil-kecil dengan penekanan yang lebih dalam menggunakan jari, ibu jari, buku jari bahkan siku tangan. Friction

juga dapat meningkatkan aktivitas sel-sel tubuh sehingga aliran darah lebih lancar di bagian yang terasa sakit sehingga dapat meredakan rasa sakit.

4) Menggetar (*Vibration*)

Gerakan pijat dengan menggetarkan bagian tubuh dengan menggunakan telapak tangan atau jari-jari tangan.

5) Memukul (*Tapotement*)

Gerakan menepuk atau memukul yang bersifat merangsang jaringan otot, dilakukan dengan kedua tangan bergantian secara cepat.

**e. Persiapan dan prosedur *foot message therapy***

1) Persiapan Alat

- a) Lotion
- b) Handuk
- c) Handscon
- d) Perlak pengalas atau underpad

**f. Langkah-langkah *foot massage therapy*:**

- 1) Letakan tangan kita sedikit diatas tulang kering usap secara perlahan dan tekanannya ringan menggunakan ibu jari menuju keatas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik *effluarge*.



Gambar 2.6 Teknik *Effluarge*

- 2) Kedua yaitu memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluas luar kaki menggunakan teknik *petrissage*.



Gambar 2.7 Teknik *Petrissage*

- 3) Menggosok yaitu tangkupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, Kemudian perawat menggosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki di bagian terluas kaki kanan menggunakan teknik *friction*.



Gambar 2.8 Teknik *Friction*

- 4) Pegang telapak kaki kemudian perawat menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot dengan menggunakan teknik *tampotement*.





Gambar 2.9 Teknik *Tapotement*

- 5) Rilekskan kaki dan jari kaki dengan gerakan maju, mundur atau depan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut menggunakan, teknik ini akan membuat efek kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan dapat melancarkan sirkulasi darah.



Gambar 2.10 Teknik *Vibration*

- 6) Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk.

## 2. Kritisi Jurnal

### a. Identifikasi masalah

Berdasarkan fenomena yang didapat pada pasien post SC atas indikasi plasenta previa totalis maka pernyataan yang muncul adalah “apakah penerapan *foot massage* dapat menurunkan skala nyeri pasien post SC atas indikasi plasenta previa totalis”. Untuk mengidentifikasi masalah suatu evidence based, maka melalui analisa PICO (*Popuation, Intervention, Comparative dan Outrcome*).  
*PICO Population: Pasien post sectio caesarea atas indikasi plasenta*

*previa totalis dengan masalah, Intervention: Terapi foot massage, Comparison : Terapi foot massag, Outcome: penurunan skala nyeri*

b. Temukan jurnal yang sesuai

Peneliti menemukan 5 artikel yang sesuai dengan kriteria. Peneliti menggunakan artikel dengan rentang waktu publikasi 5 tahun terakhir (2019-2024). Sampel yang digunakan merupakan artikel berhubungan dengan *foot masage* terhadap penurunan skala nyeri pasien post SC. Kriteria inklusi dalam pencarian jurnal mencakup artikel penelitian eksperiment dan non eksperiment (case report), Peneliti menggunakan Google Scholar dan Semantic scholar sebagai sumber pencarian artikel. Peneliti menggunakan *Google Scholar* sebagai sumber pencarian artikel. Kemudian setelah artikel tersebut dianalisis peneliti menemukan beberapa tema bahasan utama yang peneliti jabarkan dalam bentuk bagan dibawah ini :

### 3. EBN

Analisis Jurnal menggunakan metode PICO seperti tabel di bawah ini:

Tabel 2. 2  
Analisis Jurnal

	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
<b>Judul Jurnal</b>	Pengaruh <i>Foot Massage</i> Therapy Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post <i>Seccio Caesarea</i> Di RSUD Kabupaten Bintan	Pijat Kaki dalam Menurunkan Nyeri Setelah Operasi <i>Seccio Caesarpada</i> Ibu Nifas	Penerapan <i>Foot Massage</i> Pada Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post <i>Seccio Caesarea</i> (Sc)	Pengaruh Footbath Therapy Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post <i>Seccio Caesarea</i>	Pengaruh Terapi <i>Foot Massage</i> Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op <i>Seccio Caesarea</i>
<b>Nama Jurnal</b>	Seroja Husada : Jurnal Kesehatan Masyarakat	Jurnal Kesehatan Komunitas	Journal of Nursing and Health (JNH)	Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan	Jurnal Penelitian Perawat Profesional
<b>Penulis</b>	Rizki Azmazatin, Yusraini Siagian, Zuraidah, Wasis Pujiati	Dewi Nurlaela Sari , Aay Rumhaeni	Nurmalita Ayu Savitri, Suci Khasanah, Agustina Desy Putri	Ana Karimatul Fikri, Yuni Astuti, Rusnaningsih Rusnaningsih	Sokhifah,Tin Utami
<b>Tahun Terbit</b>	2024	2020	2023	2024	2024
<b>Problem, Patient, Populasi</b>	<b>Problem :</b> Persalinan <i>seccio caesarea</i> menimbulkan reaksi fisiologis salah satunya adalah nyeri pada daerah insisi akibat robeknya jaringan pada	<b>Problem :</b> Persalinan secara SC memberikan dampak bagi ibu dan bayi. Pada ibu post SC, ibu akan mengalami rasa nyeri. Rasa nyeri biasanya	<b>Problem :</b> Pasien yang telah menjalani operasi SC akan memiliki intensitas nyeri yang berbeda-beda sesuai dengan respon tubuh tiap individu	<b>Problem :</b> Angka kesakitan ibu setelah melahirkan lebih tinggi pada post <i>seccio caesarea</i> dibandingkan dengan persalinan normal,	<b>Problem :</b> Persalinan <i>Seccio Caesarea</i> memiliki dampak pada ibu maupun bayi, ibu post SC akan merasakan nyeri

	<p>dinding perut dan uterus . Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa juga karena suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.</p> <p><b>Patient :</b> ibu post operasi <i>sectio caesarea</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan</p> <p><b>Populasi :</b> 32 responden yang terdiri dari 16 responden kelompok kontrol dan 16 responden kelompok eksperimen</p>	<p>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 saat persalinan, sedangkan nyeri post SC sudah dak lagi nyeri fisiologis. Nyeri post SC diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang dak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat</p> <p><b>Patient :</b> Ibu post partum dengan seco caesarea yang menjalani rawat inap di RS AMC pada bulan Maret sampai Mei 2018</p> <p><b>Populasi :</b> 27 orang</p>	<p>(Salamah &amp; Astuti, 2020). Nyeri memiliki efek merugikan yang dapat memperpanjang pemulihan tubuh setelah operasi, kesulitan melakukan mobilisasi, ikatan antara ibu dan bayi menjadi terganggu, Activity of daily Living (ADL) pada ibu setelah melahirkan menjadi sulit yang akibatnya pemberian nutrisi pada bayi berkurang akibat terbatasnya pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak awal</p> <p><b>Patient :</b> ibu post hari kedua <i>sectio caesarea</i> (sc) Populasi :</p> <p><b>Populasi :</b> 1 orang</p>	<p>dan memungkinkan terjadinya komplikasi lebih tinggi. Beberapa komplikasi yang sering dialami oleh ibu dengan post sectio caesarea adalah akibat dari pembedahan. Ibu yang menjalani persalinan dengan <i>sectio caesarea</i> mungkin mengalami beberapa ketidaknyamanan, salah satunya adalah nyeri yang disebabkan oleh insisi abdominal.</p> <p><b>Patient :</b> ibu post operasi <i>sectio caesarea</i> di bangsal Bougenville RSUD Tidar Magelang</p> <p><b>Populasi :</b> 2 orang yang baru saja menjalani operasi caesarea</p>	<p>pada luka bekas sayatan atau daerah yang dilakukan operasi. Dampak nyeri yang dirasakan oleh ibu akan menghambat aktifitas hariannya, kedekatan ibu dan juga bayi dan mobilisasi karena adanya peningkatan rasa nyeri berlebih apabila ibu bergerak.</p> <p><b>Patient :</b> ibu post operasi sectio Post Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Diruang Flamboyan Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto</p> <p><b>Populasi :</b> 1 orang yang baru saja menjalani operasi <i>caesarea</i></p>
--	---	--	---	---	--

<b>Intervensi</b>	<p>Metode dalam penelitian ini menggunakan penelitian quasi eksperiment dengan rancangan pre and post test without control metode.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi skala nyeri pertama dilakukan pada 6 jam post <i>sectio caesarae</i> kemudian diberikan intervensi <i>foot massage therapy</i> dan observasi post intervensi kemudian observasi skala nyeri kedua dilakukan pada 12 jam post <i>sectio caesarea</i> dan diberikan intervensi selama 20 menit dan di observasi skala nyeri post intervensi</li> </ul>	<p>Metode dalam penelitian ini menggunakan penelitian quasi eksperiment dengan rancangan pre and post test without control metode.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi (Pijat kaki) diberikan dengan tahap pre intervensi untuk mengukur skala nyeri, intervensi dilakukan 1 kali hari selama 2 hari dengan lama waktu pemberian selama 20 menit sesuai dengan petunjuk teknis pemberian terapi Pijat kaki yang ada, dan post intervensi yaitu dilakukan dengan mengukur</li> </ul>	<p>Metode studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan.</p> <p>Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foot massage diberikan selama 30 menit setelah 1 jam pemberian analgetik selama 2 hari</li> <li>- Pada fase interaksi peneliti telah menyiapkan alat dan bahan yaitu baby oil, tissue, kain/handuk. Kemudian peneliti menyiapkan persiapan pasien, lingkungan aman dan nyaman bagi pasien dan</li> </ul>	<p>Metode dalam penelitian ini menggunakan penelitian quasi eksperiment dengan rancangan pre and post test without control metode.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat-alat yang perlu disiapkan seperti baskom yang berisi air hangat dengan suhu 39-40°C dan handuk.</li> <li>- Kemudian memposisikan pasien duduk dengan tenang dan rileks, kemudian mulai merendam kaki pasien selama 20</li> </ul>	<p>Metode dalam penelitian ini menggunakan penelitian quasi eksperiment dengan rancangan pre and post test without control metode.</p> <p>Intervensi :</p> <p>Prosedur penerapan dilakukan dengan melakukan terapi pijat kaki. Pijatan ini menggunakan teknik <i>effleurage</i>, <i>petrissage</i>, <i>tapotement</i>, dan <i>vibrating</i>. dengan fokus pada area otot di bagian depan tulang kering, betis, punggung kaki, dan juga telapak kaki. Kemudian sebelum dilakukan intervensi pijat</p>
-------------------	--	---	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foot massase dilakukan dengan teknik efflurage dan petrisage dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki.</li> </ul>	<p>kembali skala nyeri responden 1 sampai 2 jam setelah pemberian Pijat kaki yang kedua, kemudian mencatatnya di lembar observasi (post test) hari ke-2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foot massase dilakukan dengan teknik efflurage dan petrisage dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki. Pada hari kedua, 1-2 jam setelah pemberian foot massage diukur kembali skala nyeri responden (post-test)</li> </ul>	<p>persiapan perawat serta prosedur tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sebelum melakukan <i>foot massage</i> peneliti mengatur posisi nyaman pasien, dan peneliti memeriksa aksesoris yang digunakan pasien jika menggunakan seperti jam tangan, kacamata, dan ikat pinggang. Peneliti sudah membatasi stimulus eksternal seperti cahaya, suara, dan pengunjug kemudian peneliti mencuci tangan terlebih dahulu, memakai masker, memakai hanscoon dan berdoa. Setelah</li> </ul>	<p>menit. Setelah selesai, keringkan menggunakan handuk dan lakukan evaluasi dengan mengukur kembali skala nyeri menggunakan instrumen NRS untuk mengetahui apakah ada penurunan skala nyeri atau tidak</p>	<p>kaki terlebih dahulu akan diukur skala nyeri dengan numeric rating scale lalu catat dilembar observasi. Proses awal yaitu melakukan <i>foot massage</i> dengan perlahan selama 20 menit, setelah dilakukan intervensi maka akan diukur kembali tingkatan nyeri pada pasien dengan menggunakan skala numeric rating scale dan kemudian catat hasil di lembar observasi. Pijat kaki dilakukan selama tiga hari berturut-turut pada jam yang sama kemudian dilakukan evaluasi akhir di hari ke-3</p>
--	--	---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tindakan <i>foot massage</i> dapat dilakukan pada 24- 48 jam setelah operasi, dan setelah 5 jam pemberian analgetik, dimana pada saat itu klien kemungkinan merasakan nyeri terkait dengan waktu paruh obat analgetik 5 jam dari waktu pemberian.</li> </ul>	<p>itu peneliti mulai melakukan terapi <i>foot massage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mekanisme <i>foot massage</i> yang dilakukan pada kaki bagian bawah dimulai dari pemijatan pada kaki yang diakhiri pada telapak kaki diawali dengan memberikan gosokan pada permukaan punggung kaki, dimana gosokan yang berulang . <i>foot massage</i> 10-20 menit dilakukan 1 kali sehari.</li> </ul>		
<b>Comparison</b>	-	Hal ini sesuai dengan penelian yang dilakukan oleh Abbaspoor (2011) di RS. Mustafa Khomeini Iran terhadap 80 ibu post operasi caesarea elekf	Hal ii sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh shehata, elhy dan elshalam (2016) yang menyatakan bahwa <i>foot massage</i> yang diberikan	Hal ini sejalan dengan penelitian (Fauziah et al., 2024), skala nyeri responden yang memiliki pengalaman melahirkan cenderung	Hal ini sejalan dengan penelitian Lestari (2023) yang berjudul “Penerapan Pijat Kaki dalam

		didapatkan hasil terdapat perbedaan penurunan intensitas nyeri yang signifikan.	1-2 kali selama 20 menit dapat menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien. Fase terminasi merupakan akhir pertemuan perawat dan klien. Pada tahap ini tugas perawat mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang dilakukan (evaluasi subjektif), melakukan evaluasi subjektif dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat, kemudian menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan dan tindak lanjut evaluasi dalam tahap orientasi pada pertemuan berikutnya. Sesuai teori pada fase terminasi peneliti mengevaluasi skala nyeri pasien, peneliti menanyakan perasaan klien setelah dilakukan <i>foot massage</i> .	lebih rendah dibandingkan dengan responden yang belum pernah memiliki riwayat persalinan. Seseorang yang sudah memiliki riwayat persalinan akan lebih mudah untuk mentoleransi kesakitan yang dirasakan. Oleh sebab itu, persepsi terhadap nyeri pada ibu yang sudah memiliki riwayat persalinan akan berbeda dengan yang baru pertama kali melakukan persalinan.	Mengurangi Nyeri Pasca Operasi <i>Sectio Caesarea</i> pada Wanita Nifas di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”, telah dibuktikan bahwa pijat kaki merupakan metode yang sangat baik untuk mengurangi nyeri dan menurunkan persepsi nyeri. Tingkat rasa sakit
<b>Outcome</b>	Hasil penelitian	Hasil penelitian	Penatalaksanaan	Hasil penelitian	Hasil penelitian



	<p>menunjukkan bahwa skala rata rata nyeri sebelum intervensi pada 6 jam yaitu 5,81 sedangkan skala nyeri setelah intervensi pada 12 jam yaitu 2,56. Uji Wilcoxon menunjukan hasil <math>p\text{ value} = 0,000</math>, sehingga disimpulkan ada pengaruh <i>foot massage therapy</i> terhadap tingkat nyeri pada klien post <i>sectio caesarea</i> di RSUD Kabupaten Bintan. Diharapkan perawat dapat mengaplikasikan <i>foot massage therapy</i> pada klien post <i>sectio caesarea</i> sebagai penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri post <i>sectio caesarea</i></p>	<p>menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi <i>seco caesarea</i> berada di skala nyeri 6 sebelum dilakukan Pijat kaki dan hampir setengah memiliki skala nyeri 3 sesudah dilakukan Pijat kaki dan didapatkan nilai <math>p\text{-value} = 0.000</math>, sehingga disimpulkan ada pengaruh Pijat kaki terhadap skala nyeri pada klien post operasi <i>seco caesarea</i>. Diharapkan rumah sakit dapat menjadikan Pijat kaki sebagai salah satu alternatif manajemen non farmakologi dalam penanganan nyeri.</p>	<p>manajemen nyeri seperti menjelaskan serta mengajarkan cara penanganan nyeri yaitu dengan <i>foot massage</i> serta melakukan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengatasi nyeri. Tindakan tersebut menunjukkan dapat merubah skala nyeri yang dirasakan Ny. J di skala 6 menurun menjadi skala 4, Pasien mengatakan masih nyeri tapi nyerinya agak berkurang dibandingkan hari pertama setelah operasi.</p>	<p>menunjukkan bahwa Ny. R memiliki skala nyeri 3 setelah melakukan <i>footbath therapy</i> selama dua hari, dan skala nyeri berkurang menjadi 1. Sementara Ny. F memiliki skala nyeri 4 setelah melakukan <i>footbath therapy</i> selama dua hari, dan skala nyeri berkurang menjadi 2. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa <i>footbath therapy</i> untuk mengurangi nyeri pasien setelah pembedahan caesar selama dua hari.</p>	<p>menunjukkan intervensi yang dilakukan terhadap responden di Ruang Flamboyan RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo Purwokerto menunjukkan bahwa terapi pijat kaki memberikan dampak yang signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi caesar. Terapi yang merupakan pendekatan non farmakologis ini efektif menurunkan tingkat nyeri dalam rentang sedang hingga ringan. Peningkatan ini diamati selama periode terapi 3 hari berturut-turut.</p>
--	---	--	--	---	---

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Desain dan Jenis Penelitian**

Desain penelitian adalah suatu desain yang dirancang mulai dari ditemukannya permasalahan penelitian, penentuan tinjauan pustaka ilmiah, menentukan rancangan atau metode penelitian, memproses dan menyajikan hasil penelitian, sampai pada pembuatan laporan penelitian (P. dan Cahyaningrum, 2019). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu penelitian deskriptif dengan desain *case report*. Penelitian studi kasus adalah suatu bentuk penelitian kualitatif yang berbasis pada pemahaman dan perilaku manusia berdasarkan pada opini manusia (Polit dan Beck, 2004).

##### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari 21 April 2025 sampai 10 Mei 2025.

##### **C. Metode Pemilihan Jurnal**

Pencarian jurnal menggunakan metode *google*, yaitu *google scholar* dan *Elsevier*. Kata kunci yang digunakan adalah *foot massage*, *post sectio caesarea*, *plasenta previa*, *nyeri post SC*. Pembuatan karya ini menggunakan 5 jurnal sesuai dengan kriteria dan tahun jurnal yang dibatasi dari 5 tahun terakhir yaitu 2019-2024.

##### **D. Populasi dan Sampel**

###### **1. Populasi**

Populasi adalah seluruh subjek atau totalitas subjek penelitian yang dapat berupa orang, benda, suatu hal yang didalamnya dapat diperoleh dan atau dapat memberikan informasi (data) penelitian (Roflin dan Liberty, 2021). Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien *post sectio caesarea* atas indikasi *plasenta previa* yang dirawat di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025 berjumlah 10 orang.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang menggambarkan seluruh karakteristik yang ada pada populasinya (Roflin dan Liberty, 2021). Sampel dalam penelitian ini yaitu 2 orang pasien post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa yang dirawat di Ruangan Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Purposive sampling merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kesesuaian dengan maksud dan tujuan penelitian (R. K. Sari et al., 2023).

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu:

### a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien post *sectio caesarea* dengan indikasi plasenta previa totalis
- 2) Pasien post *sectio caesarea* mengalami nyeri skala sedang dan berat
- 3) Pasien post *sectio caesarea* 24-48 jam
- 4) Pasien post *sectio caesarea* 5 jam setelah diberikan obat analgenik

### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Adanya bengkak dan memar pada kaki
- 2) Suhu panas pada kulit
- 3) Adanya penyakit kulit

## E. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, alat pemeriksaan fisik: tensi meter, stetoskop, dan thermometer.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas, riwayat keperawatan, riwayat keluarga berencana, riwayat lingkungan, aspek psikososial, kebutuhan dasar khusus, pemeriksaan fisik, data penunjang,

data tambahan, analisa data, pengkajian skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS).

2. Format diagnosis keperawatan terdiri dari: diagnosis keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasi masalah, paraf.
3. Format intervensi keperawatan terdiri dari: diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan yang terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan intervensi.
4. Format implementasi keperawatan terdiri dari: Nama pasien, hari/tanggal, jam, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf.
5. Format evaluasi keperawatan terdiri dari: Nama klien, hari/tanggal, jam, diagnosis keperawatan, SOAP, paraf, dan pengkajian skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS).

## **F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

#### **a. Data Primer**

Data primer adalah data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (Firdaus, 2021). Data primer dalam penelitian ini meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Firdaus, 2021). Data sekunder dalam penelitian ini meliputi data rekam medis, terapi dokter, dan data penunjang lainnya.

### **2. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti yaitu teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik

pengumpulan data yang telah ada. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu secara wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan narasumber untuk mendapatkan informasi. Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan dan *Numeric Rating Scale* (NRS).

b. Observasi

Observasi merupakan kegiatan pengamatan terhadap suatu objek menggunakan panca indera. Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi kondisi pasien dengan melihat keadaan umum dan respon pasien saat wawancara.

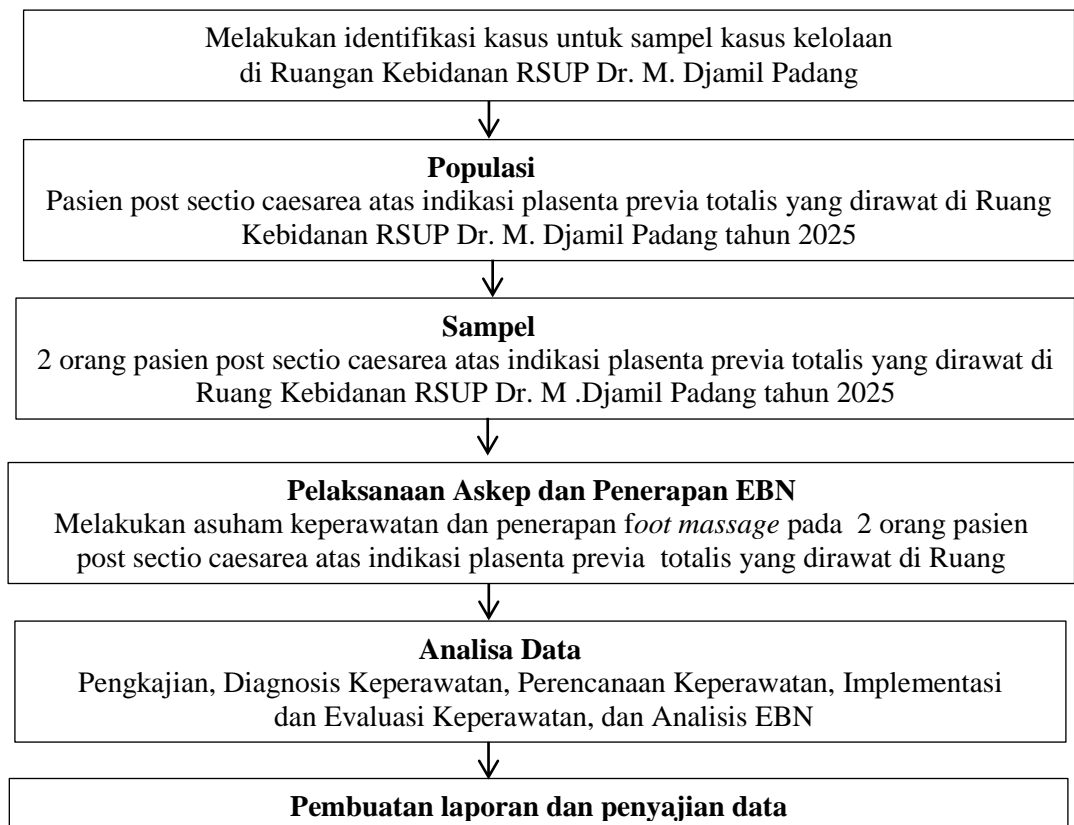
c. Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti mengukur tanda-tanda vital dan skala nyeri pasien menggunakan tensi meter, termometer, dan skala ukur NRS.

d. Dokumentasi

Dalam penelitian ini, data didapatkan dalam bentuk foto dan dokumen rekam medis.

### G. Prosedur Karya Tulis Akhir



Bagan 3. 1  
Prosedur Karya Tulis Akhir

### H. Prosedur Penelitian

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Peneliti mengikuti kegiatan serah terima di Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang bersama pembimbing akademik dan pembimbing klinik.
2. Penelitian mengikuti pelatihan *foot massage* bersama dosen yang sudah bersertifikat dalam terapi komplementer
3. Peneliti melakukan sosialisasi terkait EBN yang diberikan yaitu *foot massage* kepada perawat ruangan.
4. Peneliti berkoordinasi dengan Kepala Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang. untuk penentuan data dan sampel.
5. Peneliti melakukan identifikasi masalah dan pemilihan sampel penelitian.

6. Peneliti melakukan kontrak dengan sampel terpilih dan mengisi *inform consent*.
7. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada pasien dan keluarga serta memberi kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya.
8. Peneliti mengumpulkan data pasien untuk didokumentasikan.
9. Peneliti melaksanakan penerapan *foot massage* kepada pasien dengan melakukan pengkajian skala nyeri pre dan post tindakan.
  - a. Mempersiapkan Alat
    - 1) Lotion
    - 2) Handuk
    - 3) Handscon
    - 4) Perlak pengalas/ underpad
  - b. Mempersiapkn partisipan
 

Partisipan diminta untuk berada dalam posisi terlentang
  - c. Prosedur Kerja
    - 1) Pra interaksi
      - a) Perawat mencuci tangan
      - b) Perawat menyiapkan alat : lotion
    - 2) Tahap Orientasi
      - a) Perawat mengucapkan salam terapeutik dan memanggil partisipan dengan namanya, lalu memperkenalkan diri.
      - b) Perawat menanyakan keluhan partisipan.
      - c) Perawat menjelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada partisipan dan keluarga partisipan.
      - d) Perawat memberikan kesempatan partisipan dan keluarga untuk bertanya
      - e) Perawat menanyakan persetujuan dan kesiapan partisipan
    - 3) Tahap Kerja
      - a) Perawat menjaga privasi partisipan dengan memasang sampiran menutupi area tempat partisipan akan diberikan foot massage

- b) Perawat menganjurkan partisipan untuk mengambil posisi senyaman mungkin, bisa dilakukan dengan terlentang
- c) Perawat mencuci tangan 6 langkah
- d) Perawat mengidentifikasi skala nyeri partisipan sebelum diberikan endorpin massage dengan *Numeric Rating Scale*.
- e) Tempatkan handuk di bawah paha dan tumit.
- f) Melumuri kedua telapak tangan dengan lotion atau minyak baby oil
- g) Langkah-langkah *Foot Massage*;
  - Letakan tangan kita sedikit diatas tulang kering usap secara perlahan dan tekanannya ringan menggunakan ibu jari menuju keatas dengan satu gerakan yang tidak putus dan kembali turun mengikuti lekuk kaki dengan menggunakan teknik *effluarge*
  - Kedua yaitu memijat dengan cara meremas telapak kaki dan punggung kaki dengan gerakan perlahan dari bagian dalam ke bagian terluas luar kaki menggunakan teknik *petrissage*.
  - Menggosok yaitu tangkupkan salah satu telapak tangan dipunggung kaki, Kemudian perawat menggosok area telapak kaki secara keseluruhan dengan lembut dari dalam ke sisi luar kaki di bagian terluas kaki kanan menggunakan teknik *friction*.
  - Pegang telapak kaki kemudian perawat menepuk dengan ringan punggung kaki dan telapak kaki dengan kedua tangan secara bergantian untuk merangsang jaringan otot menggunakan teknik *tampotement*.
  - Rilekskan kaki dan jari kaki dengan gerakan maju, mundur atau depan belakang dan menggetarkan kaki dengan lembut menggunakan, teknik ini akan membuat efek kaki dan jari kaki menjadi rileks, tidak tegang dan



dapat melancarkan sirkulasi darah menggunakan teknik *vibration*.

- h) Lakukan 5 teknik pijatan di kedua kaki selama 20 menit, di masing- masing kaki selama 10 menit.
- i) Setelah selesai, bersihkan kaki dengan menggunakan handuk
- j) Perawat merapikan partisipan dan alat
- k) Perawat mengidentifikasi skala nyeri partisipan setelah diberikan 20 menit dilakukan *foot massage* dengan numeric rating scale.

10. Peneliti melakukan evaluasi dan terminasi dengan pasien.

11. Peneliti berpamitan dengan kepala ruangan dan perawat ruangan.

## **I. Analisa Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua temuan pada proses keperawatan dengan menggunakan konsep keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa. Data yang didapatkan dari hasil asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Analisa yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan secara mendalam terhadap pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa serta apakah ada kesesuaian antara konsep dan hasil penelitian orang lain dengan kondisi pasien.



## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil

Hasil *case study* ini tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa yang telah dilaksanakan di RSUP Dr. M. Djamil Padang. ditemukan 10 pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa. Selanjutnya dipilih 2 orang partisipan sesuai dengan indikasi tindakan yang akan diberikan.

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Tabel 4. 1

Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
<b>Identitas Partisipan</b>	Ny. N berumur 41 tahun, pendidikan terakhir SMP, suku bangsa melayu, pekerjaan ibu rumah tangga, agama islam, tinggal di Pasaman Barat	Ny. L berumur 37 tahun, pendidikan terakhir SMA, suku bangsa minang, pekerjaan ibu rumah tangga, agama islam, tinggal di Pariaman.
<b>Identitas Suami</b>	Tn. I berumur 43 tahun, pendidikan terakhir SMA, suku bangsa melayu, pekerjaan wiraswasta, agama islam	Tn. A berumur 39 tahun, pendidikan terakhir SMA, suku bangsa minang, pekerjaan wiraswasta, agama islam
<b>Alasan Masuk</b>	Partisipan rujukan dari RSUD Pasaman Barat pada tanggal 22-04-2025 pada pukul 04.21 WIB dengan diagnosis G6P5A0H5 gravid 38-39 minggu + Bekas SC 1 kali + Plasenta Previa Totalis Suspek Akreta. Partisipan mengeluh nyeri menjalar ke ari-ari 2 hari sebelum masuk rumah sakit.	Partisipan diantar oleh keluarga datang ke PONEK RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 14-4-2025 pukul 21.48 WIB dengan diagnosa G3P2A0H2 gravid 32-33 minggu + Bekas SC 2 kali + Plasenta Previa Totalis Suspek Akreta. Partisipan mengeluh nyeri menjalar ke ari-ari dan keluar darah dari kemaluan 1 hari sebelum masuk rumah sakit.
<b>Keluhan Saat Ini</b>	Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 25-04-2025 pukul 13.00 WIB partisipan sudah 24 jam post SC. Partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas SC, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah yang terdapat luka bekas SC, dengan skala nyeri 7 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, nyeri dirasakan	Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 26-04-2025 pukul 13.00 WIB partisipan sudah 48 jam post SC. Partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas SC, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah yang terdapat luka bekas SC, dengan skala nyeri 7 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan,

	hilang timbul. Partisipan mengatakan belum banyak bergerak walaupun hanya sekedar miring karena partisipan merasa nyeri saat bergerak. Partisipan mengatakan sulit untuk tidur dengan nyenyak karena merasa nyeri. Partisipan tampak meringis, partisipan tampak gelisah, tampak edema pada ekstremitas bawah kanan dan ekstremitas bawah kiri. Partisipan mengatakan badan terasa lemas dan lelah.	nyeri dirasakan hilang timbul. Partisipan mengatakan belum banyak bergerak walaupun hanya sekedar miring karena Partisipan merasa nyeri saat bergerak, Partisipan mengatakan sulit untuk tidur dengan nyenyak karena merasa nyeri, Partisipan tampak meringis, partisipan tampak gelisah, partisipan tampak malas mobilisasi dini. Partisipan mengatakan badan terasa lemas dan letih. Partisipan mengatakan perut terasa penuh dan tidak nyaman, perut partisipan tampak besar. Partisipan tampak sering murung. Partisipan mengatakan badan terasa lemas dan lelah.
<b>Riwayat Kesehatan Dahulu</b>	Partisipan mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, paru, hepar, ginjal, hipertensi, diabetes.	Partisipan mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, paru, hepar, ginjal, hipertensi, diabetes. Partisipan memiliki riwayat hipertiroid 6 tahun yang lalu, tidak mengonsumsi obat rutin.
<b>Riwayat Penyakit Keluarga</b>	Partisipan mengatakan ibunya menderita hipertensi sejak usia $\pm 30$ tahun tetapi tidak terkontrol.	Partisipan mengatakan tidak ada keluarga dengan riwayat DM, hipertensi, jantung, asma, dan penyakit menular atau PTM lainnya.
<b>Riwayat Haid/ Status Ginekologi</b>	Partisipan pertama haid di umur 12 tahun. Partisipan mengatakan sejak menikah siklus haid semakin panjang dan sebelum hamil siklus haid satu kali dalam setahun, lama haid 2-3 hari. Partisipan tidak mengalami dismenorrhe selama haid dan tidak ada keluhan lainnya.	Partisipan pertama haid di umur 12 tahun. Partisipan mengatakan siklus haid 30 hari dengan durasi haid 3-7 hari. Partisipan tidak mengalami dismenorrhe selama haid dan tidak ada keluhan lainnya.
<b>Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu</b>	Partisipan telah melahirkan anak pertama dengan melahirkan normal pada tahun 2011 dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat nifas selama 40 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.  anak kedua dengan melahirkan normal pada tahun 2012 dengan jenis kelamin laki-laki. Riwayat	Partisipan telah melahirkan anak pertama metode SC pada tahun 2014 dengan jenis kelamin laki-laki. Riwayat nifas selama 40 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.  anak kedua dengan melahirkan SC pada tahun 2018 dengan jenis kelamin laki-laki. Riwayat nifas

	<p>nifas selama 38 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.</p> <p>anak ketiga dengan melahirkan normal pada tahun 2014 dengan jenis kelamin laki-laki. Riwayat nifas selama 40 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.</p> <p>anak keempat dengan melahirkan normal pada tahun 2015 dengan jenis kelamin laki-laki. Riwayat nifas selama 38 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.</p> <p>anak kelima dengan melahirkan SC pada tahun 2022 dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat nifas selama 38 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas.</p>	<p>selama 38 hari dan tidak ada masalah selama fase nifas</p>
<b>Riwayat Persalinan Sekarang</b>	<p>Partisipan dengan P6A0H6 telah dilakukan prosedur SCP + TP dan dilakukan tubektomi di RSUP Dr. M. Djamil Padang di kehamilan 38-39 minggu, dimulai tanggal 23-04-2024 jam 21:05:00 dan selesai tanggal 24-04-2024 jam 19:45:00 tanpa komplikasi. Jumlah perdarahan 250 cc, lahir plasenta lengkap 1 buah. Jenis kelamin bayi laki-laki dengan panjang dan berat badan 2200 g/45 cm, apgar skor 4/8, air ketuban pecah saat SC, keadaan air ketuban sudah jernih dengan jumlah 550 ml. Air ketuban pecah saat SC.</p>	<p>Partisipan dengan P3A0H3 telah dilakukan prosedur Caesaeen Histerektomi di RSUP Dr. M. Djamil Padang di kehamilan gravid 32-33 minggu, dimulai tanggal 23-04-2024 jam 17:15:00 dan selesai tanggal 24-04-2024 jam 19:00:50 tanpa komplikasi. Jumlah perdarahan 500 cc, lahir plasenta lengkap 1 buah. Jenis kelamin bayi laki-laki dengan panjang dan berat badan 2200 g/45 cm, apgar skor 5/7, keadaan air ketuban keruh dengan jumlah 600 ml.</p>
<b>Data Keluarga Berencana</b>	<p>Partisipan sebelumnya pernah ikut KB pil. Saat ini Partisipan telah dilakukan tindakan steril (tubektomi).</p>	<p>Partisipan sebelumnya pernah ikut KB suntik. Saat ini Partisipan telah dilakukan tindakan pengangkatan rahim total (Histerektomi) .</p>
<b>Data Psikologis</b>	<p>Partisipan mengatakan hamil anak ke enam setelah 5 tahun kelahiran anak ke lima. Partisipan dan suami bahagia dengan kelahiran bayi. Partisipan mengatakan ASI belum keluar dan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui</p>	<p>Partisipan hamil anak ketiga, kehamilan memang direncanakan. Partisipan dan suami bahagia dengan kelahiran bayi. Partisipan mengatakan ASI sulit dikeluarkan meskipun sudah dipompa, Partisipan mengatakan ASI hanya</p>

	bayinya, namun partisipan sangat ingin menyusui bayinya dan suami juga mendukung menyusui bayi hingga umur 2 tahun. Suami partisipan sudah mempersiapkan alat pompa ASI untuk partisipan.	bisa keluar jika dikeluarkan secara manual dengan bantuan spuit dan ASI yang keluar hanya 3cc. Partisipan mengatakan ia merasa sedih dan bersalah tidak bisa memberikan ASI yang cukup untuk bayinya terlebih kondisi bayinya yang saat ini dirawat di NICU.
<b>Data Spiritual</b>	Partisipan mengatakan selalu berdoa kepada tuhan agar bayinya baik-baik saja dan berdoa agar cepat sembuh dan bertemu bayinya.	Partisipan mengatakan selalu berdoa kepada tuhan agar bayinya baik-baik saja dan berdoa agar cepat sembuh dan bertemu bayinya.
<b>Data Sosial Ekonomi</b>	Partisipan dari keluarga menengah ke bawah. Kebutuhan rumah tangga dipenuhi oleh suami.	Partisipan dari keluarga menengah ke bawah. Kebutuhan rumah tangga dipenuhi oleh suami.
<b>Aktivitas Sehari-Hari Selama Dirawat</b>	<b>Pola istirahat dan tidur:</b> Partisipan mengatakan tidur tidak nyenyak karena merasa nyeri. Partisipan sering terjaga saat tidur. <b>Aktivitas makan dan minum:</b> Partisipan diberi diit MB 2100 kkal. <b>Pola eliminasi urin dan defekasi:</b> Partisipan menggunakan pempers dan kateter, belum ada buang air besar, volume urine per jam 06.00 WIB 220 cc. <b>Personal hygiene:</b> Partisipan dibersihkan saat sampai di ruangan kebidanan, partisipan belum sikat gigi dibantu keluarga dan perawat.	<b>Pola istirahat dan tidur</b> Partisipan mengatakan tidur tidak nyenyak karena merasa nyeri dan tidak nyaman. Partisipan sering terjaga saat tidur. <b>Aktivitas makan dan minum:</b> : Partisipan diberi diit ML 2100 kkal PG ms. <b>Pola eliminasi urin dan defekasi:</b> Partisipan menggunakan pempers dan kateter, belum ada buang air besar, volume urine 300cc/ 2 jam. <b>Personal hygiene:</b> Partisipan dibersihkan saat sampai di ruangan kebidanan, partisipan belum sikat gigi dibantu keluarga dan perawat.
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	Hasil pemeriksaan fisik didapatkan <b>keadaan umum</b> baik, kesadaran compos mentis.  Hasil <b>TTV</b> ditemukan tekanan darah 120/78 mmHg, nadi 81 kali per menit, pernafasan 20 kali per menit, suhu 36,2 derajat celcius.  Hasil pengkajian <b>kepala dan rambut</b> didapatkan bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, warna rambut hitam, rambut tidak rontok,	Hasil pemeriksaan fisik didapatkan <b>keadaan umum</b> baik, kesadaran compos mentis.  Hasil <b>TTV</b> ditemukan tekanan darah 129/60 mmHg, nadi 68 kali per menit, pernafasan 20 kali per menit, suhu 36,1 derajat celcius.  Hasil pengkajian <b>kepala dan rambut</b> didapatkan bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, warna rambut hitam, rambut tidak

	<p>tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>wajah</b> didapatkan bentuk wajah simetris, wajah tampak pucat, tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>mata</b> didapatkan bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, refleks pupil isokor (+/+), tidak ada nyeri tekan, tidak ada nodul.</p> <p>Hasil pengkajian <b>hidung</b> didapatkan bentuk hidung simetris, tidak terpasang oksigen, tidak ada sekret, bersih, tidak ada pembesaran polip.</p> <p>Hasil pengkajian <b>telinga</b> didapatkan telinga bersih, simetris, tidak ada penumpukan serumen, tidak ada benjolan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>leher</b> didapatkan bentuk normal, dapat menoleh ke kanan dan kiri, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada benjolan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>paru</b> ditemukan bentuk dada normal, simetris, tidak ada otot bantu napas, pergerakan dinding dada bebas, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, pengembangan dada simetris, suara sonor, suara napas vesikuler regular.</p> <p>Hasil pengkajian <b>jantung</b> didapatkan iktus cordis tidak terlihat, suara jantung S1 S2 regular, tidak ada nyeri tekan, iktus cordis teraba di sebelah medial linea, suara dullnes.</p> <p>Hasil pengkajian <b>payudara</b> didapatkan payudara simetris kanan dan kiri, areola melebar dan berwarna cokelat gelap, papila mammae tidak menonjol, tidak lecet,</p>	<p>rontok, tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>wajah</b> didapatkan bentuk wajah simetris, wajah tampak pucat, tidak ada nyeri tekan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>mata</b> didapatkan bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, refleks pupil isokor (+/+), tidak ada nyeri tekan, tidak ada nodul.</p> <p>Hasil pengkajian <b>hidung</b> didapatkan bentuk hidung simetris, terpasang oksigen binasal 5 L/i, tidak ada sekret, bersih, tidak ada pembesaran polip.</p> <p>Hasil pengkajian <b>telinga</b> didapatkan telinga bersih, simetris, tidak ada penumpukan serumen, tidak ada benjolan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>leher</b> didapatkan bentuk normal, dapat menoleh ke kanan dan kiri, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada benjolan.</p> <p>Hasil pengkajian <b>paru</b> ditemukan bentuk dada normal, simetris, ada otot bantu napas, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, pengembangan dada simetris, suara sonor, suara napas vesikuler regular.</p> <p>Hasil pengkajian <b>jantung</b> didapatkan iktus cordis tidak terlihat, suara jantung S1 S2 regular, tidak ada nyeri tekan, iktus cordis teraba di sebelah medial linea.</p> <p>Hasil pengkajian <b>payudara</b> didapatkan payudara simetris kanan dan kiri, areola melebar dan berwarna cokelat gelap, papila mammae menonjol, tidak</p>
--	---	--

	<p>dan bersih, ASI/kolustrum tidak ada, dan tidak teraba ada pembengkakan/masa.</p> <p>Hasil pengkajian <b>perut</b> didapatkan dinding abdomen tidak kendor, striae ada, linea nigra, tampak luka operasi horizontal dengan ukuran 15 cm, keadaan luka operasi kering, heaving absorbable, TFU 2 jari di bawah pusar, kontraksi uterus ada, kandung kemih tidak teraba penuh, partisipan memakai kateter.</p> <p>Hasil pengkajian <b>ekstremitas</b> didapatkan akral hangat, tidak ada edema di ekstremitas bawah kanan dan kiri, CRT &gt; 2 detik.</p> <p>Hasil pengkajian <b>genitalia</b> didapatkan lochea rubra, jumlah sedang, konsistensi encer, dan berbau amis. Partisipan mengatakan 2 kali mengganti pembalut dalam sehari, pembalut ukuran 42 cm.</p>	<p>lecet, dan bersih, ASI/kolustrum ada, dan tidak teraba ada pembengkakan/masa.</p> <p>Hasil pengkajian <b>perut</b> didapatkan dinding abdomen tidak kendor, abdomen tidak kendor, striae ada, linea nigra, tampak luka operasi vertikal dengan ukuran 15 cm, keadaan luka operasi kering, heaving absorbable, TFU tidak ada, kontraksi uterus tidak ada, kandung kemih tidak teraba penuh, partisipan memakai kateter.</p> <p>Hasil pengkajian <b>ekstremitas</b> didapatkan akral dingin, tidak ada edema di ekstremitas kanan kiri bawah dan ekstremitas kanan kiri atas. CRT &gt; 2 detik.</p> <p>Hasil pengkajian <b>genitalia</b> didapatkan lochea rubra, jumlah sedang, konsistensi encer, dan berbau amis. Partisipan mengatakan 2 kali mengganti pembalut dalam sehari, pembalut ukuran 42 cm.</p>
<b>Terapi Dokter</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inj Ampicilin Sulbactam 2x 1,5 g</li> <li>2. IVFD RL 20 tpm</li> <li>3. 2 unit PRC pada tanggal 25-04-2025 dan 26-04-2025</li> <li>4. Paracetamol 3x500 mg</li> <li>5. Sefiksin 2 x 200 mg</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IVFD NaCl 0,9 % 28 tpm</li> <li>2. Transamin 3x1000mg</li> <li>3. Vit K 3x10mg</li> <li>4. 2 unit PRC pada tanggal 26-04-2025 dan 27-04-2025</li> <li>5. Paracetamol 3x500 mg</li> <li>6. Sefiksin 2 x 200 mg</li> </ol>
<b>Catatan Tambahan</b>	<p>Kondisi bayi saat ini dirawat di NICU RSUP Mdjamil Padang. Saat lahir bayi tidak menangis kuat, dilakukan resusitasi neonatus dan pemantauan awal saturasi tidak mencapai target, serta kebiruan pada ujung tangan dan kaki, dihangatkan, di posisikan, suction, keringkan dan stimulasi, diposisikan kembali, denyut jantung &lt; 100 x/m, satulas! belum terbaca, usaha nafas tidak ada. Anak dilakukan VTP efektif 30 detik PEEP 5 PIP 25 FIO2 21%,</p>	<p>Kondisi bayi saat ini dirawat di NICU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Saat lahir bayi merintih dan tidak menangis kuat, dilakukan resusitasi neonatus dan pemantauan awal saturasi tidak mencapai target, retraksi epigastrium dan intercosta, serta kebiruan pada ujung tangan dan kaki, usaha napas tidak adekuat dan dilakukan VTP FiO2 25% PEEP 5.</p>



	Nafas spontan ada, merintih, takipneu hingga 64 x/m, saturasi terbaca 65% pada 1 menit.	
--	---	--

a. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4. 2

Pemeriksaan Penunjang Partisipan 1 dan Partisipan 2

Jenis Pemeriksaan	Partisipan 1	Partisipan 2	Nilai Normal	Satuan
	25-04-2025	26-04-2025		
Hemoglobin	8.1	8.1	12.0-14.0	g/dL
Leukosit	14.93	14.23	5.0-10.0	$10^3/\text{mm}^3$
Hematokrit	25	24	37.0-43.0	%
Trombosit	203	243	150-400	$10^3/\text{mm}^3$
MCV	91	84	82.0-92.0	fL
MCH	30	29	27.0-31.0	Pg
MCHC	33	34	32.0-36.0	%
RDW-CV	13.2	15.2	11.5-14.5	%

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 3

Diagnosis Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<b>Diagnosis 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</b> DS : 1. Partisipan mengatakan badan terasa lemas dan lelah DO: 1. Wajah partisipan tampak pucat 2. Konjungtiva tampak anemis 3. Akral terba dingin 4. CRT > 2 detik 5. TD : 120/78mmHg 6. Suhu : 36,2 °C 7. Nadi : 81x/menit 8. Pernapasan : 20 x/i 9. Hemoglobin :8.1 g/dl 10. Leukosit : 14.93 $10^3/\text{mm}^3$	<b>Diagnosis 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</b> DS : 1. Partisipan mengatakan badan terasa lemas dan lelah DO: 1. Wajah partisipan tampak pucat 2. Konjungtiva tampak anemis 3. Akral terba dingin 4. CRT > 2 detik 5. TD : 129/60mmHg 6. Suhu : 36,1 °C 7. Nadi : 68x/menit 8. Pernapasan : 20 x/i 9. Hemoglobin :8.1 g/dl 10. Leukosit : 14.23 $10^3/\text{mm}^3$
<b>Diagnosis 2: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)</b> DS : 1. Partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas SC, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah yang terdapat luka	<b>Diagnosis 2: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)</b> DS : 1. Partisipan mengatakan nyeri pada luka bekas SC, nyeri dirasakan seperti diiris-iris, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah yang terdapat luka

<p>bekas SC, dengan skala nyeri 7 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>2. Partisipan mengatakan belum banyak bergerak walaupun hanya sekedar miring karena Partisipan merasa nyeri saat bergerak.</p> <p>3. Partisipan mengatakan sulit untuk tidur dengan nyenyak karena merasa nyeri.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan tampak meringis</li> <li>2. Partisipan tampak gelisah</li> <li>3. Skala nyeri : 7</li> </ol>	<p>bekas SC, dengan skala nyeri 7 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>2. Partisipan mengatakan belum banyak bergerak walaupun hanya sekedar miring karena</p> <p>3. Partisipan merasa nyeri saat bergerak</p> <p>4. Partisipan mengatakan sulit untuk tidur dengan nyenyak karena merasa nyeri</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan tampak meringis</li> <li>2. Partisipan tampak gelisah</li> <li>3. Skala nyeri : 7</li> </ol>
<p><b>Diagnosis 3: Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakdekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung</b></p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan ASI/kolostrum belum keluar</li> <li>2. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi dirawat di NICU dan ibu belum bertemu bayi</li> <li>2. Belum ada perlekatan antara ibu dengan bayi</li> <li>3. Saat dibantu memerah ASI, ASI tidak menetes</li> </ol>	<p><b>Diagnosis 3: Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakdekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung</b></p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan ASI tidak keluar jika dipompa, ASI bisa dikeluarkan secara manual dengan diperah lalu disedot dengan spuit</li> <li>2. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya</li> <li>3.</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pagi ini partisipan tampak memeras ASI tetapi secara manual dengan spuit dibantu oleh perawat</li> <li>2. Bayi dirawat di NICU dan ibu belum bertemu bayi</li> <li>3. Belum ada perlekatan antara ibu dengan bayi</li> </ol> <p>ASI pagi ini 3 cc</p>

### 3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 4  
Perencanaan Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p><b>Intervensi 1:</b> <b>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>perfusi perifer meningkat</b> dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer meningkat, akral membaik, pengisian</p>	<p><b>Intervensi 1:</b> <b>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>perfusi perifer meningkat</b> dengan kriteria hasil: denyut nadi perifer meningkat, akral membaik, pengisian</p>

kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, penyembuhan luka meningkat

SIKI:

#### **Tranfusi Darah**

Observasi: Identifikasi rencana transfusi, monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi (tekanan darah, suhu, nadi dan frekuensi napas), monitor reaksi transfusi. Terapeutik : Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, thesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien), berikan nacl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan, atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgbb dalam 2-4 jam, berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam, hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi, dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, duresi dan respon transfusi. Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi, jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan (mis, gatal, pusing, sesak napas, dan/atau nyeri dada).

#### **Perawatan sirkulasi:**

Observasi: periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik: hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi. Edukasi: anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, anjurkan untuk melakukan perawatan kulit yang tepat, anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan

kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, penyembuhan luka meningkat

SIKI:

#### **Tranfusi Darah**

Observasi: Identifikasi rencana transfusi, monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi (tekanan darah, suhu, nadi dan frekuensi napas), monitor reaksi transfusi. Terapeutik : Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, thesus, tanggal kadaluwarsa, nomor seri, jumlah, dan identitas pasien), berikan nacl 0,9% 50-100 ml sebelum transfusi dilakukan, atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgbb dalam 2-4 jam, berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam, hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfusi, dokumentasikan tanggal, waktu, jumlah darah, duresi dan respon transfusi. Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur transfusi, jelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang perlu dilaporkan (mis, gatal, pusing, sesak napas, dan/atau nyeri dada).

#### **Perawatan sirkulasi:**

Observasi: periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik: hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, lakukan pencegahan infeksi, lakukan hidrasi. Edukasi: anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, anjurkan untuk melakukan perawatan kulit yang tepat, anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan

<p><b>Intervensi 2:</b> <b>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>tingkat nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, pola tidur membaik</p> <p>SIKI: <b>Manajemen nyeri</b> Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis (<i>foot massage</i>) untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p><b>Intervensi 2:</b> <b>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>tingkat nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, pola tidur membaik</p> <p>SIKI: <b>Manajemen nyeri</b> Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis (<i>foot massage</i>) untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik</p>
<p><b>Intervensi 3:</b> <b>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>status menyusui</b> membaik dengan kriteria hasil: Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam, tetesan/pancaran ASI meningkat, Suplai ASI meningkat</p> <p>SIKI: <b>Edukasi Menyusui</b> Observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi tujuan atau keinginan menyusui. Edukasi: sediakan materi dan</p>	<p><b>Intervensi 3:</b> <b>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung</b></p> <p>SLKI: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan <b>status menyusui</b> membaik dengan kriteria hasil: Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam, tetesan/pancaran ASI meningkat, Suplai ASI meningkat</p> <p>SIKI: <b>Edukasi Menyusui</b> Observasi: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi tujuan atau keinginan menyusui. Edukasi: sediakan materi dan</p>

<p>media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat. Terapeutik: berikan konseling menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar, ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkopres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI)</p>	<p>media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat. Terapeutik: berikan konseling menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar, ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkopres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa, ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI)</p>
---	---

#### 4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 5

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Partisipan 1 dan Partisipan 2

Hari/ Tanggal/ Jam	Partisipan 1	Hari/ Tanggal/ Jam	Partisipan 2
<b>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi hemoglobin</b>			
Kamis/ 25-04-2025 14.00 WIB	Implementasi	Jumat/ 26-04-2025 14.00 WIB	Implementasi:
15.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Melakukan pemeriksaan TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi : 88 x/i</li> <li>Tekanan darah 120/85 mmHg</li> <li>Pernapasan : 20 x/i</li> <li>Suhu : 36,2 °C</li> </ul> </li> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Melakukan pemberian IVFD RL20 tpm</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> </ol>	15.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Melakukan pemeriksaan TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nadi : 68 x/i</li> <li>Tekanan darah 129/60 mmHg</li> <li>Pernapasan : 20 x/i</li> <li>Suhu : 36,1 °C</li> </ul> </li> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Melakukan pemberian IVFD Nacl 0,9 % 28 tpm</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Memberikan produk darah</li> <li>( pemberian PRC 1 kantong darah )</li> <li>Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> <li>Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat tablet sefiksime 200 mg</li> </ol>
18.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan produk darah ( pemberian PRC 1 kantong darah )</li> <li>Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat inj Ampisilin Sulbactam 1.5 gr</li> </ol>	18.00 WIB	
21.00 WIB	Evaluasi : S : <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan mengatakan badan masih terasa lemah dan lelah</li> </ol> O : <ol style="list-style-type: none"> <li>Wajah partisipan masih tampak pucat</li> <li>Konjungtiva masih anemis</li> </ol>	21.00 WIB	Evaluasi : S : <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan mengatakan badan masih terasa lemah dan lelah</li> </ol> O : <ol style="list-style-type: none"> <li>Wajah partisipan masih tampak pucat</li> <li>Konjungtiva masih anemis</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>Akral teraba dingin</li> <li>CRT &gt; 2 detik</li> <li>Hemoglobin :8.1 g/dl</li> <li>Leukosit : 14.93 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 83 x/i</li> <li>- Tekanan darah 115/82 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat (3)</li> <li>Akral membaik (3)</li> <li>Pengisian kapiler membaik (3)</li> <li>Tekanan darah sistolik membaik (3)</li> <li>Tekanan darah diastolik membaik (3)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Memberikan produk darah</li> <li>( pemberian PRC 1 kantong darah )</li> <li>Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat inj Ampisilin Sulbactam 1.5 gr</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>Akral teraba dingin</li> <li>CRT &gt; 2 detik</li> <li>Hemoglobin :8.1 g/dl</li> <li>Leukosit : 14.23 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 76 x/i</li> <li>- Tekanan darah 125/84 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat (3)</li> <li>Akral membaik (3)</li> <li>Pengisian kapiler membaik (3)</li> <li>Tekanan darah sistolik membaik (3)</li> <li>Tekanan darah diastolik membaik (3)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Memberikan produk darah</li> <li>( pemberian PRC 1 kantong darah )</li> <li>Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol>
<p>Jumat/ 26-04-2025</p> <p>14.00 WIB</p> <p>18.00 WIB</p>	<p>Implementasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Melakukan pemeriksaan TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 94 x/i</li> <li>- Tekanan darah 114/86 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,4 °C</li> </ul> </li> <li>Memberikan infus</li> </ol>	<p>Sabtu/ 27-04-2025</p> <p>08.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>Melakukan pemeriksaan TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 87 x/i</li> <li>- Tekanan darah 120/85 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,4 °C</li> </ul> </li> <li>Memberikan infus NaCl</li> </ol>

19.00 WIB	<p>IVFD RL20 tpm</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat inj Ampisilin Sulbactam 1.5 gr</li> <li>Memberikan produk darah (pemberian PRC 1 kantong darah )</li> </ol>	10.00 WIB	<p>0,9% 28 tpm</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Memberikan produk darah ( pemberian PRC 1 kantong darah )</li> <li>Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol>
21.00 WIB	<p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan mengatakan badan masih terasa lemah dan lelah menurun</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Wajah partisipan tampak pucat berkurang</li> <li>Konjungtiva masih anemis</li> <li>Akral teraba hangat</li> <li>CRT &lt; 2 detik</li> <li>Hemoglobin : 10.8 g/dl</li> <li>Leukosit : 16.62 <math>10^3/mm^3</math></li> <li>TTV Frekuensi nadi : 87 x/i Tekanan darah 114/87 mmHg Pernapasan : 20 x/i Suhu : 36,5 °C</li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat (4)</li> <li>Akral membaik (4)</li> <li>Pengisian kapiler membaik (4)</li> <li>Tekanan darah sistolik membaik (4)</li> </ol>	14.00 WIB	<p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan mengatakan badan masih terasa lemah dan lelah menurun</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Wajah partisipan tampak pucat berkurang</li> <li>Konjungtiva masih anemis</li> <li>Akral teraba hangat</li> <li>CRT &lt; 2 detik</li> <li>Hemoglobin : 9.2 g/dl</li> <li>Leukosit : 14.50 <math>10^3/mm^3</math></li> <li>TTV - Frekuensi nadi : 76 x/i - Tekanan darah 125/75 mmHg - Pernapasan : 20 x/i - Suhu : 36,5 °C</li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat (4)</li> <li>Akral membaik (4)</li> <li>Pengisian kapiler membaik (4)</li> <li>Tekanan darah sistolik membaik (4)</li> </ol>



	<p>5. Tekanan darah diastolik membaik (4)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat inj Ampisilin Sulbactam 1.5 gr</li> </ol>		<p>5. Tekanan darah diastolik membaik (4)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol>
<p>Sabtu/ 27-04-2025 07.00 WIB</p>	<p>Implementasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 79 x/i</li> <li>- Tekanan darah 119/80 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,6 °C</li> </ul> </li> <li>3. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>4. Memberiakan infus IVFD RL20 tpm di hentikan</li> <li>5. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>6. Melakukan pencegahan infeksi dengan pemberian obat tablet sefiksime 200 mg</li> </ol>	<p>Minggu/ 28-04-2025 07.00 WIB</p> <p>13.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 87 x/i</li> <li>- Tekanan darah 128/81 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> <li>3. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>4. Memberikan infus IVFD NaCl 0,9% 28 tpm</li> <li>5. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>6. Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol>
<p>13.00 WIB</p>			
<p>14.00 WIB</p>	<p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan</li> </ol>	<p>14.00 WIB</p>	<p>Evaluasi:</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan</li> </ol>

	<p>badan tidak terasa lemah dan lelah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah partisipan tidak tampak pucat</li> <li>2. Konjungtiva tidak anemis</li> <li>3. Akral teraba hangat</li> <li>4. CRT &lt; 2 detik</li> <li>5. TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 85 x/i</li> <li>- Tekanan darah 120/80 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,6 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat (5)</li> <li>2. Akral membaik (5)</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik (5)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>5. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan pulang hari ini jam 15.00</li> </ol>		<p>badan tidak terasa lemah dan lelah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah partisipan tidak tampak pucat</li> <li>2. Konjungtiva tidak anemis</li> <li>3. Akral teraba hangat</li> <li>4. CRT &lt; 2 detik</li> <li>5. TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 75 x/i</li> <li>- Tekanan darah 120/70 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,6 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer meningkat (5)</li> <li>2. Akral membaik (5)</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik (5)</li> <li>4. Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>5. Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>3. Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol>
		<p>Senin/ 29-04-2025 07.00 WIB</p> <p>13.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 74 x/i</li> <li>- Tekanan darah 124/81 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> </ul> </li> <li>3. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan</li> </ol>

		14.00 WIB	<p>darah di area keterbatasan perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberi infus IVFD NaCl 0,9% 28 tpm dihentikan</li> <li>Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>Melakukan pemberian obat transamin 100 mg dan vit K 10 mg</li> </ol> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan mengatakan badan tidak terasa lemah dan lelah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Wajah partisipan tidak tampak pucat</li> <li>Konjungtiva tidak anemis</li> <li>Akral teraba hangat</li> <li>CRT &lt; 2 detik</li> <li>TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi : 82 x/i</li> <li>- Tekanan darah 120/75 mmHg</li> <li>- Pernapasan : 20 x/i</li> <li>- Suhu : 36,6 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A :</p> <p>Perfusi perifer meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Denyut nadi perifer meningkat (5)</li> <li>Akral membaik (5)</li> <li>Pengisian kapiler membaik (5)</li> <li>Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Partisipan pulang hari ini jam 15.00</li> </ol>
<b>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur SC)</b>			
Kamis/ 25-04-2025 14.00 WIB	Implementasi :  1. Menjelaskan penyebab nyeri yaitu karena adanya luka bekas operasi, menjelaskan	Jumat/ 26-04-2025 14.00 WIB	Implementasi:  1. Menjelaskan penyebab nyeri yaitu karena adanya luka bekas operasi, menjelaskan jika periode

19.00 WIB	<p>jika periode nyeri akan terasa hingga 6 minggu ke depan namun dengan skala nyeri yang berbeda, serta menjelaskan apa saja yang memicu nyeri, seperti batuk yang dipaksakan, mengangkat beban berlebih, olahraga berat, dan lainnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan nyeri makin terasa saat siang kemarin hingga pagi ini, partisipan mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena perut seperti tertusuk-tusuk</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 7</li> <li>4. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis</li> <li>5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin</li> <li>6. Menjelaskan kepada partisipan tentang salah satu terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri, yaitu <i>foot massage</i></li> <li>7. Menjelaskan <i>foot massege</i>, tujuan dan perosedur kerja kepada partisipan</li> <li>8. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20</li> </ol>	19.00 WIB	<p>nyeri akan terasa hingga 6 minggu ke depan namun dengan skala nyeri yang berbeda, serta menjelaskan apa saja yang memicu nyeri, seperti batuk yang dipaksakan, mengangkat beban berlebih, olahraga berat, dan lainnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan nyeri makin terasa saat siang kemarin hingga pagi ini, partisipan mengatakan tidurnya tidak nyenyak karena perut seperti tertusuk-tusuk</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 7</li> <li>4. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis</li> <li>5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin</li> <li>6. Menjelaskan kepada partisipan tentang salah satu terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri, yaitu <i>foot massage</i></li> <li>7. Menjelaskan <i>foot massege</i>, tujuan dan perosedur kerja kepada partisipan</li> <li>8. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol</li> </ol>
-----------	---	-----------	---

21.00 WIB	<p>menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 14. 00 WIB.</p> <p>9. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit</p> <p>10. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 6</p> <p>11. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</p> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas SC</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri masih terasa saat melakukan pergerakan</li> <li>2. P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 6 T : Hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan masih tampak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Partisipan masih tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (3)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (3)</li> <li>3. Meringis menurun (3)</li> <li>4. Gelisah menurun (3)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (3)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol>	21.00 WIB	<p>tablet 500 mg) pada pukul 14. 00 WIB.</p> <p>9. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit</p> <p>10. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 6</p> <p>11. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</p> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas SC</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri masih terasa saat melakukan pergerakan</li> <li>3. P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 6 T : Hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan masih tampak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Partisipan masih tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (3)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (3)</li> <li>3. Meringis menurun (3)</li> <li>4. Gelisah menurun (3)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (3)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi</li> </ol>
-----------	---	-----------	--

	4. Memberikan <i>foot massage</i>		respon nyeri non verbal 4. Memberikan <i>foot massage</i>
Jumat/ 26-04-2025  14.00 WIB	Implementasi :  1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan tidurnya masih belum nyenyak karena perut seperti tertusuk-tusuk 2. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 6 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin	Sabtu/ 27-04-2025  07.00 WIB	Implementasi:  1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan tidurnya masih belum nyenyak karena perut seperti tertusuk-tusuk 2. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 6 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin
19.00 WIB	5. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 14. 00 WIB. 6. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit 7. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit 8. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 5 9. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan	12.00 WIB	5. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 06. 00 WIB. 6. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit 7. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit 8. Mengidentifikasi ulang skala nyeri

21.00 WIB	<p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas SC</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri masih terasa saat melakukan pergerakan P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 5 T : Hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan masih tampak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Partisipan masih tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (4)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (4)</li> <li>3. Meringis menurun (4)</li> <li>4. Gelisah menurun (4)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (4)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Memberikan <i>foot massage</i></li> </ol>	14.00 WIB	<p>partisipan : 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas SC</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri masih terasa saat melakukan pergerakan P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 5 T : Hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan masih tampak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Partisipan masih tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (4)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (4)</li> <li>3. Meringis menurun (4)</li> <li>4. Gelisah menurun (4)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (4)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Memberikan <i>foot</i></li> </ol>
-----------	--	-----------	--

			<i>massage</i>
<p>Sabtu/ 27-04-2025</p> <p>07.00 WIB</p> <p>12.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan nyeri di bekas SC sudah berkurang</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 4</li> <li>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin</li> <li>5. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 07. 00 WIB.</li> <li>6. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit</li> <li>7. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 3</li> <li>8. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol>	<p>Minggu/ 28-04-2025</p> <p>07.00 WIB</p> <p>12.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan nyeri di bekas SC sudah berkurang</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 5</li> <li>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin</li> <li>5. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 06. 00 WIB.</li> <li>6. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit</li> <li>7. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 3</li> <li>8. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol>



14.00 WIB	<p>Evaluasi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas sc namun sudah jauh berkurang</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri terasa saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p>P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 3 T : Hilang timbul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan tampak meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>2. Partisipan tidak tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (5)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>3. Meringis menurun (5)</li> <li>4. Gelisah menurun (5)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan rencana pulang hari ini jam 15.00</li> <li>2. Keluarga telah diajarkan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	14.00 WIB	<p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas sc namun sudah jauh berkurang</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri terasa saat melakukan pergerakan</li> <li>3. P : Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 4 T : Hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan tampak meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>2. Partisipan tidak tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (5)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>3. Meringis menurun (5)</li> <li>4. Gelisah menurun (5)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Memberikan <i>foot massage</i></li> </ol>
-----------	--	-----------	--

		<p>Senin/ 29-04-2025</p> <p>07.00 WIB</p> <p>12.00 WIB</p> <p>14.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : partisipan mengatakan nyeri di bekas SC sudah berkurang</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri partisipan : 4</li> <li>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal : tampak partisipan meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri : nyeri makin terasa apabila partisipan menggerakkan panggulnya, nyeri semakin terasa saat partisipan batuk atau bersin</li> <li>5. Meminta persetujuan dan mengontrak waktu akan di lakukan <i>foot massage</i> selama 20 menit setelah 5 jam pemberian obat analgetik ( parasetamol tablet 500 mg) pada pukul 06. 00 WIB.</li> <li>6. Melakukan <i>foot massage</i> kepada partisipan selama 20 menit</li> <li>7. Mengidentifikasi ulang skala nyeri partisipan : 3</li> <li>8. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol> <p>Evaluasi S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas sc namun sudah jauh berkurang</li> <li>2. Partisipan mengatakan nyeri terasa saat melakukan pergerakan berkurang</li> </ol>
--	--	---	--

			<p>3. P: Saat bergerak Q : Seperti tertusuk R : Abdomen S : 3 T : Hilang timbul</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan tampak meringis hanya saat menggerakkan panggulnya</li> <li>2. Partisipan tidak tampak gelisah</li> </ol> <p>A :</p> <p>Tingkat nyeri menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat nyeri menurun (5)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>3. Meringis menurun (5)</li> <li>4. Gelisah menurun (5)</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan rencana pulang hari ini jam 15.00</li> <li>2. Keluarga telah diajarkan teknik <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri</li> </ol>
<b>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung</b>			
Kamis/ 25-04-2025	Implementasi :	Jumat/ 26-04-2025	Implementasi:
15.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu partisipan makan agar partisipan cepat pulih dan produksi ASI membaik</li> <li>2. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>3. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>4. Mengajarkan kepada</li> </ol>	08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu partisipan makan agar partisipan cepat pulih dan produksi ASI membaik</li> <li>2. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>3. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>4. Membantu partisipan</li> </ol>
18.00 WIB		11.00 WIB	

21.00 WIB	<p>partisipasi cara memeras ASI untuk memancing ASI keluar</p> <p>5. Mengajarkan kepada partisipan cara menggunakan alat pompa ASI</p> <p>6. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</p> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <p>1. Partisipan mengatakan ASI/kolostrum masih belum ada</p> <p>O :</p> <p>1. Partisipan belum menyusui bayinya karena ASI/kolostrum belum ada</p> <p>2. Partisipan masih tidak bisa menyusui bayinya karena bayinya dirawat di NICU</p> <p>A :</p> <p>Status menyusui membaik</p> <p>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (3)</p> <p>2. Suplai ASI meningkat (3)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Membantu partisipan mengeluarkan ASI</p>	14.00 WIB	<p>memeras ASI</p> <p>5. Mengajarkan kepada partisipan cara menggunakan alat pompa ASI</p> <p>6. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</p> <p>Evaluasi:</p> <p>S:</p> <p>1. Partisipan mengatakan ASI tidak keluar jika dipompa, ASI bisa dikeluarkan secara manual dengan diperas lalu disedot dengan spuit</p> <p>2. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya</p> <p>O:</p> <p>1. Pagi ini partisipan memeras ASI tetapi secara manual dengan spuit dibantu oleh perawat</p> <p>2. Bayi dirawat di NICU dan partisipan belum bertemu bayi</p> <p>3. Belum ada perlekatan antara partisipan dengan bayi</p> <p>4. ASI pagi ini 3 cc</p> <p>A:</p> <p>Status menyusui membaik</p> <p>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (3)</p> <p>2. Suplai ASI meningkat (3)</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Bantu partisipan memeras ASI</p>
-----------	---	-----------	---

<p>Jumat/ 26-04-2025</p> <p>15.00 WIB</p> <p>18.00 WIB</p> <p>21.00 WIB</p>	<p>Implementasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu partisipan makan agar partisipan cepat pulih dan produksi ASI membaik</li> <li>2. Membantu partisipan mengeluarkan ASI</li> <li>3. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan ASI/kolostrum sudah ada</li> <li>2. Partisipan mengatakan sudah mencoba memancing ASI dengan pompa ASI dan ASI/kolostrum sudah ada pagi ini</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan sudah bisa memberikan ASI pada bayinya namun ASI masih sedikit</li> <li>2. Partisipan masih tidak bisa menyusui bayinya karena bayinya dirawat di NICU</li> </ol> <p>A :</p> <p>Status menyusui membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (4)</li> <li>2. Suplai ASI meningkat (4)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu partisipan memompa ASI</li> </ol>	<p>Sabtu/ 27-04-2025</p> <p>08.00 WIB</p> <p>11.00 WIB</p> <p>14.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu partisipan makan agar partisipan cepat pulih dan produksi ASI membaik</li> <li>2. Membantu partisipan memerah ASI</li> <li>3. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol> <p>Evaluasi:</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan ASI tidak keluar jika dipompa, ASI bisa dikeluarkan secara manual dengan diperah lalu disedot dengan spuit</li> <li>2. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pagi ini partisipan memeras ASI tetapi secara manual dengan spuit dibantu oleh perawat</li> <li>2. Bayi dirawat di NICU dan partisipan belum bertemu bayi</li> <li>3. Belum ada perlekatan antara partisipan dengan bayi</li> <li>4. ASI pagi ini 2 cc</li> </ol> <p>A:</p> <p>Status menyusui membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (4)</li> <li>2. Suplai ASI meningkat (4)</li> </ol> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu memerah ASI jika ASI masih sedikit</li> <li>2. Bantu partisipan memeras ASI dengan alat pmpa ASI</li> </ol>
---	---	---	---

Sabtu/ 27-04-2025	Implementasi :	Minggu/ 28-04-2024	Implementasi:
08.00 WIB	1. Membantu partisipan memompa ASI	08.00 WIB	1. Membantu partisipan makan agar partisipan cepat pulih dan produksi ASI membaik
	2. Mengajarkan suami partisipan membantu partisipan memompa ASI dan perawatan pompa ASI		2. Membantu partisipan memerah ASI dengan pompa ASI
11.00 WIB	3. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan	11.00 WIB	3. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan
14.00 WIB	Evaluasi : S : 1. Partisipan mengatakan ASI/kolostrum sudah keluar walaupun hanya sedikit 2. Partisipan mengatakan suami mengantar ASI ke NICU untuk bayinya O : 1. Partisipan masih belum bisa menyusui bayinya karena bayinya dirawat di NICU A : Status menyusui membaik 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5) 2. Suplai ASI meningkat (5) P : Intervensi dihentikan 1. Partisipan rencana pulang hari ini jam 15.00 2. Intervensi dilanjutkan oleh keluarga : memompa ASI dan mengantarkan ke bayi	14.00 WIB	Evaluasi: S: 1. Partisipan mengatakan ASI sudah bisa dipompa tetapi sangat sedikit, lebih sedikit daripada diperas manual 2. Partisipan mengatakan lebih nyaman memerah ASI secara manual dengan spuit 3. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya O: 1. Pagi ini partisipan memerah ASI tetapi secara manual dengan spuit dibantu oleh perawat 2. Bayi dirawat di NICU dan partisipan belum bertemu bayi 3. Belum ada perlekatan antara partisipan dengan bayi 4. ASI pagi ini 0,5 cc dengan pompa ASI, 3 cc dengan diperas manual A: Status menyusui membaik 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5) 2. Suplai ASI meningkat (5)

			<p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu memerah ASI jika ASI masih sedikit</li> <li>2. Anjurkan partisipan memeras ASI dengan pompa ASI</li> </ol>
		<p>Senin/ 29-04-2025 11.00 WIB</p> <p>13.00 WIB</p> <p>14.00 WIB</p>	<p>Implementasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan partisipan memompa ASI dengan alat pompa ASI</li> <li>2. Mengajarkan suami partisipan memompa ASI dan merawat alat pompa ASI</li> <li>3. Melakukan evaluasi tentang kondisi terakhir partisipan</li> </ol> <p>Evaluasi :</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipan mengatakan ASI sudah bisa dipompa tetapi belum banyak</li> <li>2. Partisipan mengatakan suami membantu memompa ASI</li> <li>3. Partisipan mengatakan bayi dirawat di NICU sehingga belum bisa menyusui bayinya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi dirawat di NICU dan ibu belum bertemu bayi</li> <li>2. Belum ada perlekatan antara ibu dengan bayi</li> </ol> <p>A :</p> <p>Status menyusui membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat (5)</li> <li>2. Suplai ASI meningkat (5)</li> </ol> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Partisipan rencana</li> </ol>

			pulang hari ini jam 15.00
			5. Intervensi dilanjutkan oleh keluarga : memopa ASI dan mengantarkan ke bayi

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan kasus plasenta previa di Ruang Kebidanan lantai 2 RSUP Dr. M. Djamil Padang, dalam bab ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan kasus plasenta previa yang dilakukan sejak tanggal 16 April sampai 4 Mei 2024. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### 1. Pengkajian

Faktor risiko plasenta previa pada partisipan 1 dan partisipan 2 ada yang sama. Faktor risiko yang sama pada partisipan 1 dan partisipan 2 yaitu usia pada saat hamil > 35 tahun, dimana partisipan 1 dengan usia 41 tahun sedangkan partisipan 2 dengan usia 37 tahun. Menurut (Hero et al., 2023). Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya plasenta previa. Usia yang dinilai menjadi usia berisiko dalam kehamilan yaitu usia > 35 tahun. Pada usia > 35 tahun, sistem reproduksi mengalami penurunan, salah satunya adalah penurunan aliran darah pada uterus. Sehingga plasenta akan berimplantasi pada bagian yang lebih banyak memiliki aliran darah. Oleh karena itu > 35 tahun menjadi usia berisiko yang dapat menyebabkan terjadinya plasenta previa.

Faktor risiko plasenta previa kedua adalah paritas. Paritas adalah keadaan wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang bisa hidup. Paritas juga menunjukkan kehamilan terdahulu. Paritas dibagi menjadi primipara yaitu wanita yang pernah melahirkan sebanyak satu kali. Multipara yaitu wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup lebih



dari 2 kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali. Grandemultipara yaitu wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali (Mariza dan Purnamasari 2021).

Pada partisipan 1 dengan kehamilan ke 6 adalah grandemultipara, sedangkan partisipan 2 dengan ke 3 adalah multipara. Pada kehamilan dengan risiko tinggi, makin tinggi paritas ibu maka semakin menurun kualitas endometrium. Menurut (Husain, et al., 2020), hal itu diakibatkan oleh vaskularisasi yang berkurang ataupun perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan yang lampau. Implantasi plasenta yang berulang pada daerah fundus dapat menyebabkan terjadinya plasenta previa karena aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya untuk mencari bagian dengan pasokan darah yang banyak untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen bagi janin yaitu bagian segmen bawah uterus dan menutupi jalan lahir. Oleh karena itu lebih besarnya jumlah kejadian plasenta previa pada ibu dengan paritas tinggi atau multipara dan grandemultipara dibandingkan ibu dengan paritas rendah atau primipara.

Partisipan 1 mempunyai riwayat SC 1 kali sedangkan partisipan 2 mempunyai riwayat SC 2 kali. Kedua partisipan tampak luka operasi horizontal dengan ukuran 15 cm, keadaan luka operasi kering, heatching absorbable. Section caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Sayatan inilah yang dapat mengakibatkan parut didalam rahim sehingga meningkatkan terjadinya plasenta previa (Podungge et al., 2020).

Partisipan 1 dilakukan prosedur SCK + TP dan dilakukan tubektomi dengan insisi dinding abdomen secara pfannenstil hingga peritoneum, sedangkan partisipan 2 dilakukan prosedur caesaeen histerektomi dengan insisi dinding abdomen secara mediana. Histerektomi adalah operasi pengangkatan uterus. Riwayat bedah sesar dan plasenta previa totalis

suspek akreta merupakan faktor resiko untuk dilakukannya histerektomi post partum (Arisani et al., 2018).

Menurut (Reeder dan Martin, 2011), tipe *sectio caesarea* terbagi atas 2 yaitu segmen bawah (insisi melintang) dan *sectio caesarea* secara klasik (insisi lurus). Pelahiran sesarea segmen bawah atau melintang merupakan pelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling sedikit dengan aktivitas uterus, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal, area ini lebih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya, serta insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih mudah. *Sectio caesaria* secara klasik yaitu sebuah insisi lurus yang dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janis dan plasenta dikeluarkan dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya. Kadang kala tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.

Partisipan 1 post SC 24 jam sedangkan partisipan 2 post SC 48 jam. Pada 24-48 jam post SC (post partum) ialah fase adaptasi psikologis ibu post partum yaitu fase *taking in*. Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan. Beberapa rasa yang tidak nyaman seperti lelah, nyeri jahitan, membuat ibu nifas sangat bergantung dan membutuhkan perlindungan dan perawatan dari orang lain. Berlangsung 24-48 jam jam setelah kelahiran bayi. Ibu butuh banyak bantuan untuk melakukan hal yang mudah dan juga dalam pengambilan keputusan (Kasmara dan Anita 2023).

Keluhan yang dirasakan pertama oleh kedua partisipan post SC dengan plasenta previa yaitu wajah tampak pucat. Pada partisipan 1 dan 2 mengalami gejala CRT > 2 detik, akral terasa dingin, badan terasa lemas dan letih, konjungtiva anemis, hemoglobin 8.1 g/dL, dan tidak ada edema pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah Terdapat tanda-tanda anemia dengan penurunan kadar hemoglobin.

Menurut (Ginting et al., 2023), pada keadaan normal proses persalinan baik persalinan normal maupun persalinan SC wanita melahirkan akan kehilangan darah kurang dari 500 cc. Jumlah darah yang dikeluarkan pada saat persalinan pasti mempengaruhi kadar hemoglobin pada ibu postpartum. Ibu postpartum *sectio caesarea* lebih banyak kehilangan darah karena tindakan operasi dimana keratan dilangsungkan di perut ibu untuk melahirkan bayi. Hasil pengkajian jumlah darah yang keluar pasca prosedur SC pada partisipan 1 berjumlah 250 cc sedangkan pada partisipan 2 berjumlah 500 cc. Hal ini menunjukkan ketidaksesuaian antara teori dengan hasil penelitian. Menurut asumsi peneliti, meskipun tidak terjadi perdarahan, penurunan kadar Hb dapat terjadi pada pasien yang menjalani prosedur operasi.

Keluhan kedua yang dirasakan oleh kedua partisipan setelah prosedur SC yaitu nyeri pada luka bekas operasi. Skala nyeri yang dirasakan oleh partisipan 1 dan partisipan 2 sama yaitu skala nyeri 7 dengan menggunakan skala ukur. Menurut (PPNI, 2017), nyeri merupakan 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 3 bulan. Etiologi nyeri yaitu agen pencidera fisiologis, agen pencidera kimiawi, dan agen pencidera fisik (prosedur SC). Pada kedua partisipan etiologi nyeri yaitu agen pencidera fisik (prosedur SC) yang disebabkan oleh prosedur SC.

Menurut (Dewi dan Kabuhung, 2024), kadar hemoglobin (Hb) dapat berpengaruh terhadap nyeri pasca SC. Nyeri yang dialami ibu hamil dengan Hb rendah lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki Hb normal. Kadar Hb rendah dapat menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen ke jaringan tubuh, termasuk jaringan yang terlibat dalam nyeri. Kurangnya oksigen ini dapat memperburuk nyeri pasca operasi dan memperlambat penyembuhan luka.

Menurut (Fikri, 2024), menyebutkan bahwa responden yang pertama kali melahirkan dengan responden yang sudah memiliki riwayat persalinan akan berbeda dalam merespon nyeri karena ibu yang sudah pernah melahirkan mempunyai pengalaman sebelumnya. Skala nyeri responden yang memiliki pengalaman melahirkan cenderung lebih rendah dibandingkan dengan responden yang belum pernah memiliki riwayat persalinan. Seseorang yang sudah memiliki riwayat persalinan akan lebih mudah untuk mentoleransi kesakitan yang dirasakan. Oleh sebab itu, persepsi terhadap nyeri pada ibu yang sudah memiliki riwayat persalinan akan berbeda dengan yang baru pertama kali melakukan persalinan.

Menurut asumsi peneliti, intensitas skala nyeri yang dialami kedua partisipan sama dengan skala nyeri 7. Kedua partisipan partisipan sudah pernah merasakan melahirkan secara SC dan memiliki kadar Hb yang sama. Hal ini dapat dapat menyebabkan partisipan memiliki kesamaan dalam merespon nyeri SC.

Keluhan ketiga yang dirasakan oleh kedua partisipan setelah prosedur SC yaitu produksi ASI terganggu. Pada partisipan 1 saat pengkajian ASI atau kolustrum belum keluar sama sekali. Pada partisipan 2 saat dilakukan pengkajian ASI atau kolustrum sudah ada namun ASI diperas secara manual dan disedot dengan spuit, jumlah ASI yang keluar hanya sedikit  $\pm 3$  cc. Pada partisipan 1 dan 2 bayi dirawat di Ruang NICU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Hasil pengkajian psikologis partisipan 2 tampak

sering murung Partisipan 2 tampak tidak nyaman berada di ruangan yang terpisah dengan dan tidak bisa bertemu dengan bayinya. Sedangkan partisipan 1 tampak lebih bersemangat untuk sembuh.

Menurut (Widiastuti dan Jati, 2020), kelancaran produksi ASI dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor bayi, faktor fisik dalam hal ini nyeri post operasi sesar. Masalah kelancaran produksi ASI sebagian besar dialami oleh ibu post partum dengan operasi sesar, hal ini disebabkan karena adanya nyeri pada lokasi jahitan menghambat produksi prolactin dan oksitosin. Hormon prolactin berfungsi untuk memproduksi ASI, sedangkan hormon oksitosin bertanggung jawab untuk mempercepat dan memperlancar pengeluaran ASI pada ibu post partum baik normal maupun dengan operasi sesar. Hormon ini merangsang sel-sel alveolus yang berfungsi meningkatkan produksi ASI. Pengeluaran prolactin sendiri dirangsang oleh pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) dari sinus laktiferus. Bila tidak ada hisapan bayi maka payudara akan berhenti memproduksi ASI.

Menurut asumsi peneliti, rasa nyeri akibat tindakan SC dapat mempengaruhi produksi ASI partisipannya menghambat produksi hormon oksitosin dan prolactin. Bayi yang dirawat di ruang NICU juga dapat berpengaruh pada kemampuan partisipan untuk memproduksi ASI. Ketidakhadiran bayi atau kurangnya pertemuan langsung dapat mengganggu proses alami yang merangsang pengeluaran ASI, seperti hisapan bayi, yang diperlukan untuk meningkatkan produksi prolaktin.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan partisipan yang ada pada tanggungjawabnya. Dalam penelitian ini peneliti menemukan 3

masalah keperawatan yang sama yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, menyusui tidak efektif.

Diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dikarenakan data yang muncul pada partisipan 1 dan 2 terjadi penurunan konsentrasi Hb yaitu 8.1 g/dL. Data lain yang didapatkan yaitu: wajah tampak pucat, akral teraba dingin, CRT > 2 detik, konjungtiva anemis dan partisipan tampak lemas dan letik. Pada partisipan 1 dan 2 ditegakkan diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif.

Hal ini sesuai dengan (PPNI, 2017), karena data yang muncul pada diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif memiliki batasan karakteristik : warna kulit pucat, waktu pengisian kapiler > 2detik, akral teraba dingin, nadi perifer menurun.

Menurut asumsi peneliti, hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan kelelahan, badan terasa lemas dan tidak mempunyai energi sehingga daya tahan tubuh dapat menurun dan mudah terkena infeksi. Apabila terjadi infeksi, leukosit akan meningkat untuk mengkompensasi kerusakan jaringan akibat infeksi. Sehingga pasien dengan plasenta previa akan mengalami peningkatan leukosit melebihi angka normal.

Diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ( prosedur SC) dikarenakan data yang muncul pada partisipan 1 dan 2 telah dilakukan prosedur operasi SC. Pada partisipan 1 dan 2 diagnosis nyeri akut ditegakkan dengan data-data antara lain partisipan mengeluh nyeri, partisipan tampak meringis, partisipan tampak gelisah, sulit tidur, dan skala nyeri 7 dari 1-10 skala nyeri yang diberikan.

Persalinan *sectio caesarea* menimbulkan reaksi fisiologis salah satunya adalah nyeri pada daerah insisi akibat robeknya jaringan pada dinding perut dan uterus. Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensori

maupun emosional yang berhubungan dengan risiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa juga karena suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Rizki Azmazatin, et al., 2024).

Menurut asumsi peneliti, prosedur SC yang dilakukan kepada kedua partisipan menyebabkan terputusnya jaringan di dinding perut yang dapat merangsang area sensorik motorik yang dapat menekan syaraf yang ada di area kulit dinding perut yang dapat menimbulkan rasa nyeri pada kedua partisipan.

Pada partisipan 1 dan partisipan 2 menyusui tidak efektif disebabkan karena ketidakdekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung. Sebagaimana yang telah dijelaskan etiologi menyusui berdasarkan (PPNI, 2017), pada partisipan 1 dan 2 bayi dirawat di Ruang NICU RSUP Dr. M. Djamil Padang, yang berarti antara ibu dan bayi belum ada interaksi. Dengan kondisi partisipan belum memungkinkan untuk partisipan bertemu bayi dan melakukan perlekatan dengan bayi. Pada partisipan 1 saat pengkajian ASI/kolustrum belum keluar sama sekali. Pada partisipan 2 saat dilakukan pengkajian ASI/kolustrum sudah ada namun ASI diperas secara manual dan disedot dengan spuit, jumlah ASI yang keluar hanya sedikit  $\pm 3$  cc.

Rasa nyeri akibat post SC bisa berdampak pada jumlah ASI yang diproduksi oleh ibu. Apabila ibu merasakan nyeri hebat kemungkinan ASI yang diproduksi akan sedikit, sedangkan bila ibu hanya merasakan nyeri ringan maka ibu bisa memproduksi ASI dalam jumlah yang banyak. Ibu nifas yang melahirkan secara SC akan mengalami rasa nyeri pada luka bekas jahitannya. Keadaan tersebut mengakibatkan ibu akan mengalami kesulitan untuk menyusui karena saat ibu bergerak atau merubah posisi maka nyeri yang dirasakan akan bertambah hebat. Rasa

sakit tersebut dapat menghambat produksi oksitosin sehingga akan mempengaruhi produksi ASI (Risianti et al., 2021).

Menurut asumsi peneliti, ketidakefektifan menyusui pada kedua partisipan yang bayinya dirawat di NICU disebabkan oleh keterbatasan interaksi antara ibu dan bayi serta tidak diterapkannya rawat gabung. Produksi ASI yang tidak optimal pada ibu nifas dipengaruhi oleh rasa nyeri pasca operasi sectio caesarea (SC), yang dapat menghambat pelepasan hormon oksitosin dan berdampak pada jumlah ASI yang diproduksi. Partisipan yang mengalami nyeri hebat setelah SC memiliki kemungkinan lebih besar mengalami hambatan dalam menyusui dibandingkan partisipan yang hanya merasakan nyeri ringan.

### **3. Rencana Keperawatan**

Perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, serta intervensi keperawatan dan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada partisipan (Nursalam, 2016).

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan perfusi perifer tidak efektif yaitu perawatan sirkulasi : periksa sirkulasi perifer yaitu cek CRT pasien, lakukan hidrasi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan seperti rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, memberikan transfusi darah PRC. Menurut penelitian (Zulqifni dan Suandika, 2022), pemberian PRC sebagai tatalaksana anemia dimana manfaat utama transfusi PRC adalah meningkatkan Hb dan hematokrit dengan cepat. Transfusi PRC adalah satu-satunya terapi untuk meningkatkan sirkulasi pada pasien post operasi. Tranfusi PRC diberikan hingga kondisi pasien membaik seperti nilai Hb mencapai angka normal.

Menurut asumsi peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosis perfusi perifer sudah sesuai dengan teori yang sudah



ada. Pemberian PRC diberikan bertujuan untuk memperbaiki kadar hemoglobin kembali normal pada partisipan.

Rencana asuhan keperawatan yang dibuat untuk diagnosis keperawatan nyeri akut yaitu manajemen nyeri. Intervensi keperawatan yang diberikan berdasarkan (PPNI, 2018), yaitu manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologis yang baik untuk menurunkan intensitas nyeri salah satunya adalah dengan *foot massage*.

*Foot message* adalah suatu pijatan dengan melakukan penekanan pada titik syaraf yang terdapat di kaki dengan tujuan untuk memberikan rangsangan bioelektrik pada organ tubuh tertentu sehingga menimbulkan efek rileks yang dapat menurunkan rasa nyeri (Sudarmiati, 2020).

*Foot message* sebagai tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri merupakan tindakan sederhana, murah, dapat dipelajari dengan pelatihan singkat, tidak memerlukan alat khusus seperti pada tindakan TENS, dan tidak memerlukan keahlian khusus seperti pada tindakan hipnoterapi yang perlu adanya bukti sertifikasi kewenangan melakukan hipnoterapi. Kelebihan lain dari *foot message* yakni adanya sentuhan atau pemijatan ringan pada kaki dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit (Damayanti dan Nurrohmah 2023).

Menurut (Amelia et al. 2024), untuk melakukan terapi non farmakologis ini diperlukan dukungan dan motivasi kepada partisipan bahwa ini penting dilakukan oleh berbagai pihak mulai dari keluarga sebagai care giver hingga petugas kesehatan sehingga pasien dapat mengurangi efek samping dari terapi farmakologis yang dirasakan dan dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut. Edukasi seharusnya tidak saja diberikan kepada pasien tetapi juga keluarga partisipan, karena keluarga merupakan care giver pertama bagi pasien dalam mengelola penyakitnya.

Diharapkan pada saat pasien pulang dan telah berada di rumah, keluarga bisa memberikan terapi komplementer *foot massage* yang sudah diajarkan sehingga dapat mengatasi keluhan partisipan setelah menjalani pengobatan.

Menurut asumsi peneliti, Peneliti mengasumsikan bahwa pemberian intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri nonfarmakologis, khususnya melalui *foot massage*, efektif dalam menurunkan intensitas nyeri. Peneliti juga mengasumsikan bahwa *foot massage* lebih praktis, efisien, dan mudah diterapkan dibandingkan dengan metode nonfarmakologis lainnya karena tidak memerlukan alat khusus, ruang khusus, atau pelatihan yang rumit. Selain itu, terapi ini bersifat sederhana, ekonomis, mudah dipelajari, dan dapat dilakukan oleh keluarga sebagai care giver, sehingga diharapkan mampu mengurangi ketergantungan pada terapi farmakologis serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Dukungan dan edukasi kepada pasien dan keluarga diyakini penting untuk keberhasilan terapi *foot massage* secara berkelanjutan di rumah.

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosis menyusui tidak efektif berdasarkan (PPNI, 2018), yaitu status menyusui membaik dengan kriteria hasil: miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam, tetesan atau pancaran asi meningkat, suplai asi meningkat. Intervensi keperawatan yang diberikan berdasarkan (PPNI, 2018), yaitu edukasi menyusui (memerah ASI) dan dukungan emosional.

Teknik memerah bertujuan untuk mengosongkan ASI dari sinus laktiferus yang terletak dibawah areola sehingga diharapkan dengan pengosongan ASI pada daerah sinus laktiferus ini akan merangsang pengeluaran hormon prolactin. Pengeluaran hormon prolactin ini selanjutnya akan merangsang mammary alveoli untuk memproduksi ASI. Makin banyak ASI dikeluarkan atau dikosongkan dari payudara maka

akan semakin banyak ASI akan diproduksi. Memerah dengan menggunakan tangan dan jari mempunyai keuntungan selain tekanan negatif dapat diatur, lebih praktis dan ekonomis karena cukup mencuci bersih tangan dan jari sebelum memeras ASI. Jika teknik ini dilakukan dengan efektif dan tepat maka tidak akan terjadi masalah dalam produksi ASI maupun cara mengeluarkan ASI sehingga bayi akan tetap mendapatkan ASI dan penggunaan susu formula di hari-hari pertama kelahiran bayi dapat dikurangi (Mas'adah, 2015).

Menurut asumsi peneliti, status menyusui dapat membaik apabila dilakukan intervensi berupa edukasi teknik memerah ASI dan pemberian dukungan emosional kepada ibu nifas. Teknik memerah ASI yang dilakukan dengan benar dan efektif dapat merangsang produksi hormon prolaktin, yang berdampak pada peningkatan produksi ASI. Semakin sering dan optimal ASI dikeluarkan dari payudara melalui teknik memerah, maka semakin banyak ASI yang akan diproduksi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan diagnosis risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu memberikan memeriksa sirkulasi perifer, memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi, menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera, melakukan pencegahan infeksi, dan memberikan transfusi PRC. Partisipan 1 diberikan tranfusi 2 unit PRC pada tanggal 25-04-2025 dan 26-04-2025, dan partisipan 2 juga di berikan 2 unit PRC pada tanggal 26-04-2025 dan 27-04-2025 kemudian mencatat hasil nilai hemoglobin.

Menurut asumsi peneliti, tindakan transfusi PRC dan memonitor penurunan kadar Hb penting dilakukan agar tidak terjadinya anemia.

Tindakan memeriksa CRT dan akral di ekstremitas merupakan salah satu cara untuk memonitor tanda dan gejala terjadinya penurunan Hb, karena dengan kondisi CRT > 2 detik dan akral teraba dingin artinya darah tidak sampai ke perifer. Kondisi tersebut menandakan terjadinya anemia ditandai dengan penurunan Hb. Pemberian tranfusi darah diperlukan untuk mengganti darah yang telah keluar akibat SC sehingga anemia tidak terjadi lagi yang ditandai dengan peningkatan nilai kadar Hb.

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan diagnosis nyeri akut yaitu manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu *foot massage*.

Tindakan *foot massage* dapat dilakukan pada 24 jam setelah SC pada partisipan 1, dan 48 jam setelah operasi pada partisipan 2, dan setelah 5 jam pemberian analgetik, dimana pada saat itu klien kemungkinan merasakan nyeri terkait dengan waktu paruh obat analgetik 5 jam dari waktu pemberian. Pada partisipan 1 dan 2 diberikan analgetik PCT 3 x 500 mg.

Tindakan *foot massage* dapat diberikan saat pasien terlentang dan minimal melakukan pergerakan daerah abdomen. Pengumpulan data dilakukan dengan mengukur skala nyeri menggunakan numeric rating scale. Sebelum dilakukan perlakuan, kemudian responden diberikan perlakuan berupa *foot massage* yang dilakukan 1 kali setiap hari dengan durasi waktu 20 menit. Pada partisipan 1 *foot massage* diberikan selama 3 hari sedangkan pada partisipan 2 *foot massage* diberikan selama 4 hari. *Foot massage* dilakukan sendiri oleh peneliti dalam penelitian yang

sudah mengikuti pelatihan *foot massage* bersama dosen yang sudah bersertifikat dalam terapi komplementer.

Foot massage adalah penekanan pada area spesifik kaki yang membuat energi mengalir melalui bagian tubuh tersebut sehingga pada titik kaki yang tepat yang di massage dapat mengatasi gejala yang terjadi pada organ tersebut. Foot massage memiliki beberapa gerakan yaitu effleurage, prestissage, tapotement, friction dan vibration yang merangsang serabut saraf (Abeta fibers) pada kaki dan lapisan dermatom yang mengandung reseptor taktil dan tekanan permukaan kaki (Restinah et al., 2024).

*Foot massage* dilakukan dengan teknik *efflurage* dan *petrisage* dengan tahapan massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering), tungkai bawah belakang (otot betis), otot punggung kaki, otot telapak kaki. Kelima teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus sistem. Sistem gate control diaktivasi melalui inhibitor interneuron dimana rangsangan interneuron di hambat, hasilnya fungsi inhibisi dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri, sehingga nyeri tidak diinterpretasikan. *foot massage* dapat secara efektif memblokir dan mengurangi rangsangan nyeri dengan memfasilitasi transmisi cepat efek pijatan ke otak, sehingga menutup gerbang nyeri lebih efisien daripada sensasi nyeri yang sebenarnya, sehingga meningkatkan sirkulasi dan potensi efek relaksasi (Damayanti dan Nurrohmah, 2023).

Memberikan edukasi *foot massage* kepada keluarga. Edukasi keluarga tidak hanya berfokus pada aspek teknis perawatan medis, tetapi juga pada peningkatan pemahaman tentang kondisi psikologis pasien dan pentingnya dukungan emosional. Program edukasi yang menyeluruh

dapat membantu keluarga mengurangi rasa cemas, meningkatkan rasa percaya diri dalam mendampingi pasien, dan mengurangi stres yang mereka rasakan dalam menghadapi penyakit ini. Dengan demikian, edukasi yang tepat dapat memperbaiki komunikasi antara pasien dan keluarga, yang pada gilirannya meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempercepat proses pemulihan. pelatihan untuk keluarga dalam memberikan dukungan emosional dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diterima, sekaligus mengurangi tingkat stres pasien (Supatmi et., al, 2023).

Menurut asumsi peneliti, pemberian intervensi *foot massage* setelah operasi Caesar (SC) secara terjadwal dan konsisten dapat menurunkan intensitas nyeri pada partisipan post SC. Peneliti juga meyakini bahwa *foot massage* efektif mengaktifkan mekanisme penghambatan nyeri melalui sistem gate control atau memanipulasi jaringan ikat akibatnya transmisi pesan nyeri ke sistem saraf pusat dapat dicegah, sehingga meningkatkan sirkulasi dan potensi efek relaksasi. Selain itu, memberikan edukasi kepada keluarga mengenai terapi non farmakologis *foot massage* dan pemberian dukungan keluarga dapat meningkatkan kepuasan partisipan terhadap perawatan yang diterima, sekaligus mengurangi tingkat stres pada partisipan.

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan diagnosis menyusui tidak efektif yaitu mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan perawatan payudara postpartum yaitu memerah ASI.

Manfaat memerah ASI dengan teknik memerah ASI yaitu ; penggunaan pompa untuk memerah ASI relatif tidak nyaman dan tidak efektif mengosongkan payudara, reflek keluarnya ASI lebih mudah terstimulasi dengan skin to skin contact, ekonomis, dan merangsang peningkatan produksi ASI (Mas'adah, 2015).

Menurut asumsi peneliti , implementasi keperawatan yang komprehensif, termasuk edukasi, dukungan psikologis, dan pelibatan sistem pendukung, dapat meningkatkan efektivitas menyusui pada ibu nifas dengan diagnosis menyusui tidak efektif. Kesiapan dan kemampuan ibu dalam menerima informasi memengaruhi keberhasilan intervensi keperawatan terkait menyusui. Teknik memerah ASI lebih efektif dalam mengosongkan payudara dibandingkan penggunaan pompa, serta dapat merangsang refleksi oksitosin dan meningkatkan produksi ASI. Kontak langsung antara kulit ibu dan bayi (skin to skin contact) berperan penting dalam menstimulasi refleksi pengeluaran ASI.

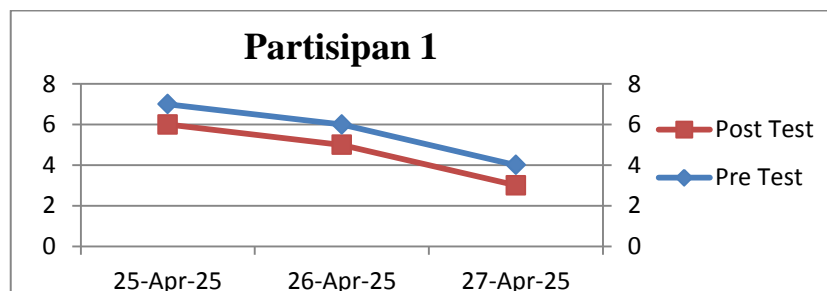
## **5. Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan terhadap diagnosis keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan masalah sudah teratasi. Hasil evaluasi subjektif partisipan 1 pada hari ke tiga yaitu partisipan mengatakan lemah dan letih berkurang, tekanan darah 114/87 mmHg, nadi 87 kali per menit, suhu 36,5 °C, CRT < 2 detik. Hasil evaluasi subjektif partisipan 2 pada hari ke keempat yaitu partisipan mengatakan lemah, letih dan pucat berkurang, tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 82 kali per menit suhu 36,6 °C, CRT < 2 detik. Hb partisipan 1 setelah post PRC 2 unit dari 8.1 g/dL naik menjadi 10.8 g/dL, sedangkan Hb partisipan 2 setelah post PRC 2 unit dari 8.1 g/dL naik menjadi 10.3 g/dL. Hb kedua partisipan masih rendah tapi sudah mencapai target.

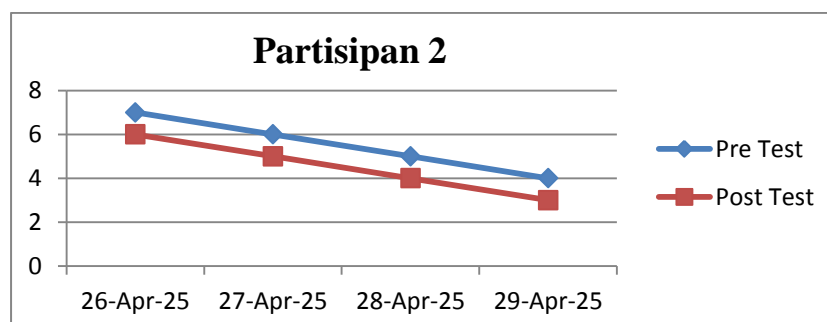
Menurut analisis peneliti, rencana keperawatan yang diambil dalam mengatasi diagnosa perifer tidak efektif sudah sesuai dengan teori yang sudah ada. Pemberian PRC diberikan bertujuan memperbaiki kadar hemoglobin kembali normal pada partisipan 1 dan 2.

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan terhadap diagnosis keperawatan nyeri akut pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan masalah sudah teratasi. Hasil evaluasi subjektif partisipan 1 pada hari pertama dari skala nyeri 7, setelah dilakukan implementasi *foot massage* selama 3 hari nyeri berkurang dengan skala 3. Partisipan 1 mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas SC namun sudah jauh berkurang. Hasil evaluasi subjektif partisipan 2 pada hari pertama dari skala nyeri 7, setelah dilakukan implementasi *foot massage* selama 4 hari nyeri berkurang dengan skala 3, partisipan mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas SC namun sudah jauh berkurang dan hasil evaluasi objektif yaitu partisipan tidak tampak meringis.

Grafik 4. 1 Hasil Penurunan Skala Nyeri Partisipan 1



Grafik 4.2 Hasil Penurunan Skala Nyeri Partisipan 2





Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis keperawatan nyeri akut telah teratasi dibuktikan dengan tercapainya target kriteria hasil yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, tekanan darah membaik, nadi membaik, pola napas membaik, dan pola tidur membaik. Untuk mengurangi nyeri dibutuhkan terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologis yang telah diberikan yaitu PCT dan terapi nonfarmakologis yang telah diberikan yaitu *foot massage*.

*Foot massage* adalah salah satu teknik pilihan dalam menurunkan nyeri dikarenakan pada daerah kaki terdapat saraf – saraf yang terhubung ke organ dalam dan memanipulasi jaringan ikat dengan cara meremas, pukulan atau gesekan untuk memberikan dampak terhadap sirkulasi dan juga dapat memberikan efek relaksasi, tindakan non farmakologis dengan *foot massage* bisa dilakukan 24 – 48 jam setelah tindakan *sectio caesaraea* (SC). Keuntungan dengan diberikan *foot massage* sebagai salah satu terapi komplementer yang aman dan juga mudah diberikan serta mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit atau nyeri, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Damayanti dan Nurrohmah 2023).

Menurut pernyataan (Kartaatmadja dan Suherman, 2023), persepsi nyeri individu berbeda-beda dalam hal skala dan tingkatannya, bahwa setiap nyeri yang dirasakan oleh masing-masing individu sesuai dengan persepsi dan ambang nyeri individu serta faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri itu sendiri. Studi dokumentasi oleh (Ratnasari, 2020), juga menjelaskan pengalaman nyeri sebelumnya dapat mempengaruhi intensitas nyeri dimana responden yang pernah mengalami pembedahan sebelumnya mempunyai pengalaman dalam mengatasi nyeri sehingga respon terhadap nyeri akan berbeda. Sedangkan, responden yang belum pernah mengalami operasi

sebelumnya, belum mempunyai pengalaman tentang bagaimana penatalaksanaan nyeri yang benar sehingga intensitas nyeri lebih kuat.

Edukasi kepada keluarga tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga membangun rasa percaya diri keluarga dalam menjalankan perannya sebagai pendamping pasien. Lebih jauh lagi, hasil ini menggaris bawahi pentingnya program edukasi yang berkelanjutan dan terintegrasi dalam sistem pelayanan rumah sakit, sehingga keluarga dapat terus mendukung pasien dengan optimal (Supatmi et., al, 2023).

Faktor lain yang dapat mempengaruhi penurunan nyeri adalah dukungan keluarga dan suami. Dukungan keluarga dan suami sangatlah penting bagi pasien yang mengalami nyeri, karena dengan keadaan nyeri, seorang pasien akan sangat bergantung kepada suami atau anggota keluarga untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan. Seorang pendamping harus mempersiapkan mental untuk menyiapkan suasana yang menyenangkan bagi pasien. Keberadaan keluarga membawa dampak yang baik pada proses penurunan nyeri karena dapat memberikan dukungan semangat rasa aman, sebaliknya tanpa adanya pendampingan dengan baik pasien tidak bisa mengekspresikan diri, tentang apa yang sedang dirasakan saat ini.

Menurut asumsi peneliti, persepsi nyeri partisipan 1 dan 2 cukup baik sehingga nyeri dapat berkurang. Hal ini dikarenakan pengalaman masa lalu partisipan 1 dan 2 yang sudah pernah melakukan prosedur SC dapat berpengaruh terhadap persepsi nyeri dan kepekaannya terhadap nyeri. Partisipan 1 dan 2 yang pernah mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan partisipan lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, harapan partisipan terhadap penanganan nyeri saat ini juga dipengaruhi oleh metode penanganan nyeri sebelumnya dan juga dukungan keluarga dalam proses pemulihan.

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan terhadap diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan status menyusui membaik. Hasil evaluasi subjektif partisipan 1 pada hari ke tiga dan partisipan 2 pada hari ke lima yaitu partisipan mengatakan ASI sudah keluar walaupun masih sedikit, dan hasil evaluasi objektif yaitu partisipan dibantu keluarga memompa ASI dan mengantarkan ASI kepada bayi.

Menurut analisis peneliti, hasil evaluasi pada diagnosis keperawatan menyusui tidak efektif telah teratasi dibuktikan dengan tercapainya target kriteria hasil yaitu tetesan atau pancaran ASI meningkat, dan suplai ASI meningkat. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi ASI, antara lain: status kesehatan ibu, kondisi fisik yang sehat akan menunjang produksi ASI yang optimal baik kualitas maupun kuantitasnya. Faktor lain yang bisa mempengaruhi ASI adalah kecemasan. Kecemasan ini menyebabkan ibu terganggu dan merasa tertekan. Bila ibu mengalami stress, maka akan terjadi pelepasan adrenalin yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah alveoli. Akibatnya terjadi hambatan dari let down reflex sehingga air susu tidak mengalir dan mengalami bendungan.

## **6. Analisa Penerapan EBN**

### **a. Implikasi**

Pada kasus ini, asuhan keperawatan pada partisipan post SC atas indikasi plasenta previa dengan nyeri menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) yaitu *foot massage*. Terapi ini diberikan setelah 5 jam pemberian obat analgetik dan dilakukan selama 20 menit pada kedua kaki. Sebelum dan sesudah pemberian terapi dilakukan pengukuran skala nyeri dengan menggunakan skala ukur NRS.

Hasil penerapan EBN didapatkan pada partisipan 1 diberikan *foot massage* selama 3 hari. Setelah diberikan penerapan *foot massage* selama 3 hari nyeri teratasi dengan skala nyeri 3. Hasil penerapan

EBN didapatkan pada partisipan 2 diberikan *foot massage* selama 4 hari. nyeri teratasi dengan skala nyeri 3.

Penurunan rasa nyeri luka operasi sectio caesarea setelah diberikan *foot massage*, hal ini disebabkan oleh karena adanya penekanan pada kaki maka akan memberikan aliran pada bagian tubuh tersebut sehingga setelah dilakukan *foot massage* maka sirkulasi darah di dalam tubuh akan mengalir khususnya di daerah kaki, hal ini dapat mengurangi rasa sakit dan kelelahan sehingga dapat merangsang produksi hormon endorfin yang berfungsi untuk menimbulkan relaksasi di dalam tubuh. Endorfin adalah zat yang diproduksi secara alamiah oleh tubuh, bekerja, serta memiliki efek seperti morfin. Endorfin bersifat menenangkan, memberi efek nyaman, dan sangat berperan dalam regenerasi sel-sel guna memperbaiki bagian tubuh yang sudah usang atau rusak (Restinah et al., 2024).

Menurut (Widiastuti dan Jati, 2020), kelancaran produksi ASI dipengaruhi oleh faktor ibu, faktor bayi, faktor fisik dalam hal ini nyeri post operasi sesar. Masalah kelancaran produksi ASI sebagian besar dialami oleh ibu post partum dengan operasi sesar, hal ini disebabkan karena adanya nyeri pada lokasi jahitan menghambat produksi prolactin dan oksitosin. Hormon prolactin berfungsi untuk memproduksi ASI, sedangkan hormon oksitosin bertanggung jawab untuk mempercepat dan memperlancar pengeluaran ASI pada ibu post partum baik normal maupun dengan operasi sesar. Hormon ini merangsang sel-sel alveolus yang berfungsi meningkatkan produksi ASI. Pengeluaran prolactin sendiri dirangsang oleh pengeluaran Air Susu Ibu (ASI) dari sinus laktiferus. Bila tidak ada hisapan bayi maka payudara akan berhenti memproduksi ASI.

Menurut asumsi peneliti, pemberian *foot massage* pada ibu post operasi *sectio caesarea* dapat menurunkan tingkat nyeri karena stimulasi pada kaki meningkatkan sirkulasi darah dan merangsang produksi hormon endorfin yang bersifat menenangkan dan memberikan efek relaksasi. Penurunan nyeri ini berkontribusi pada kelancaran produksi ASI, karena nyeri yang berkurang memungkinkan tubuh memproduksi hormon prolaktin dan oksitosin secara optimal, yang berperan penting dalam produksi dan pengeluaran ASI pada ibu post partum.

Penerapan EBN ini dibuktikan dengan penelitian pengaruh *foot massage therapy* telah dilakukan oleh peneliti terdahulu, seperti yang dilakukan oleh Masadah, Cembun dan Ridawati Sulaeman (2020) dalam penelitiannya ada pengaruh *foot massage therapy* terhadap skala nyeri ibu post operasi *sectio cesaria* di ruangan nifas Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram dengan menunjukan sebelum dilakukan tindakan *foot massage therapy*, nyeri ibu post operasi *sectio cesaria* tergolong dalam kategori nyeri sedang (83%), kategori nyeri berat (17%). Setelah diberikan *foot massage therapy* (52%) nyeri sedang, nyeri ringan (48%) dan tidak ada yang mengalami nyeri berat.

Penerapan EBN ini didukung dengan penelitian (Muliani, Rizki et al., 2020), penelitian ini merupakan penelitian pre eksperimen. Jumlah sampel ditentukan dengan teknik *purposive sampling* dengan menggunakan instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS) dan prosedur kerja *foot massage therapy* menunjukkan lebih dari setengah klien post operasi *sectio caesarea* berada di tingkat nyeri sedang sebelum dilakukan *foot massage therapy* dan hampir setengah memiliki tingkat nyeri ringan sesudah dilakukan *foot massage*.

**b. Keterbatasan**

Pada proses implementasi EBN masih memiliki keterbatasan yaitu ruangan juga menjadi salah satu keterbatasan karena pemberian *foot massage* lebih baik dilakukan di ruangan yang tenang agar partisipan bisa rileks.

**c. Rencana Tindak Lanjut**

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini adalah menganjurkan kepada tenaga kesehatan yang bertugas di ruangan untuk memberikan intervensi non farmakologis yaitu *foot massage* untuk mengurangi nyeri pada pasien serta, dan mengajarkan kepada keluarga pasien cara melakukan *foot massage* serta menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan secara mandiri *foot massage* sehingga tidak bergantung dengan terapi farmakologi saja.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada partisipan post SC atas indikasi plasenta previa dengan penerapan *foot massage* untuk menurunkan tingkat nyeri pada partisipan 1 dan partisipan 2 maka dapat disimpulkan:

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan faktor risiko yang sama dengan teori yaitu pada partisipan 1 faktor risikonya adalah usia  $> 35$  tahun, kehamilan paritas tinggi, kehamilan multipara dan grandmultipara, dan riwayat SC. Pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, dan menyusui tidak efektif. Intervensi keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi untuk intervensi untuk perfusi perifer tidak efektif yaitu tranfusi darah dan perawatan sirkulasi, nyeri akut yaitu manajemen nyeri, intervensi untuk menyusui tidak efektif yaitu edukasi menyusui. Implementasi keperawatan diberikan berdasarkan intervensi yang telah disusun sebelumnya dan dengan menerapkan EBN *foot massage*. Evaluasi pada perfusi perifer tidak efektif didapatkan perfusi perifer meningkat, evaluasi pada nyeri didapatkan tingkat nyeri menurun, evaluasi pada menyusui tidak efektif didapatkan status menyusui membaik.
2. Hasil penerapan *foot massage* pada partisipan 1 dan partisipan 2 didapatkan masalah sudah teratasi. Partisipan 1 pada hari pertama dari skala nyeri 7, setelah dilakukan implementasi *foot massage* selama 3 hari nyeri berkurang dengan skala 3. Partisipan 2 pada hari pertama dari skala nyeri 7, setelah dilakukan implementasi *foot massage* selama 4 hari nyeri berkurang dengan skala 3.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Instansi Pendidikan**

Karya tulis akhir ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada partisipan post SC untuk menurunkan tingkat nyeri.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

Karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan alternatif dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani partisipan post SC untuk menurunkan tingkat nyeri.

### **3. Bagi Penulis Selanjutnya**

Karya tulis akhir ini dapat dilanjutkan oleh peneliti lain dengan desain yang berbeda dan diharapkan dapat menjadi acuan dan data awal untuk memulai penelitian selanjutnya sebagai bahan referensi.



## DAFTAR PUSTAKA

- (World Health Organization. 2021. *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*.
- Abbaspoor, Zahra, Malihe Akbari, dan Shanaz Najar. 2014. "Original Article Effect of Foot and Hand Massage In Post – Cesarean Section Pain Control : A Randomized Control Trial." *Pain Management Nursing* 15(1): 132–36.
- Afroah, F., F. Judha, dan Sudarti. 2012. *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Amelia, Weny, Ria Desnita, Sarah Afriana, dan Rifatul Maqmudah. 2024. "Optimalisasi Peran Keluarga Sebagai Care Giver Dengan Pemanfaatan Terapi Komplementer Hand And Foot Massage Pada Pasien Kanker Di Rumah Singgah Yayasan Komunitas Cahaya Padang." 5(1): 333–40.
- Aprina, Aprina, dan Anita Puri. 2016. "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung." *Jurnal Kesehatan* 7(1): 90.
- Arisani, Greiny, Erina Eka Hatini, dan Noordiaty. 2018. "Analisis Hubungan Plasenta Previa Terhadap Luaran Maternal Dan Perinatal Di Rumah Sakit Umum Daerah Dan Kota Palangka Raya." : 12–25.
- Cunningham, FG. 2013. *Obstetri Williams (Williams Obstetri)*. Jakarta.
- Damayanti, Anastasia Puri, dan Anjar Nurrohmah. 2023. "Penerapan Terapi Foot Massage Untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea di RS PKU Muhammadiyah Karanganyar." 2(3): 433–41.
- Dewi, Ratih Kartika, Elvine Ivana Kabuhung, dan Nurul Hidayah. 2024. "Hubungan Kadar HB, Perawatan Luka Dan DM Terhadap Kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO) Pada Pasien Post SC Di Rsud H. Badaruddin Kasim Tanjung." 2(1).
- Fikri, Ana Karimatul. 2024. "Pengaruh Footbath Therapy Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea." 2(3).
- Firdaus. 2021. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Dilengkapi Analisis Regresi IBM SPSS Statistics Version 26.0*. Riau: CV. DOTPLUS.
- Ginting, Desideria Yosepha, Fauziah Fitri, Eva Solina Barus, dan Layari Tarigan. 2023. "Perbandingan Kadar Hemoglobin Ibu Postpartum Spontan Dan Sectio Caesarea Di Rs. Grandmed Dan Klinik Pratama Nining Pelawati Lubuk Pakam." 5(2).
- Hagag, Salwa, Hussien Abdelaziz, dan Hala Ezzat Mohammed. 2014. "Effect of foot massage on postoperative pain and vital signs in breast cancer patient." 4(8): 115–24.
- Hero, Salma Khairunnisa et al. 2023. "Usia Ibu Sebagai Faktor Risiko terjadinya Plasenta Previa Maternal Age as a Risk Factor of Placenta Previa." 13(April).
- Husain, Widia R, Freddy Wagey, dan Eddy Suparman. 2020. "Hubungan Kejadian Plasenta Previa dengan Riwayat Kehamilan Sebelumnya." 8(28): 46–51.
- Imron. 2021. "Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal." In Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Indonesia, Survei Kesehatan. 2023. "Survei Kesehatan Indonesia (SKI)."
- Jitowiyono, S., dan W. Kristiyanasari. 2010. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Kartaatmadja, dan Suherman. 2023. "Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Sukabumi." *Media Informasi*, 1(19): 13–19.
- Kasmara, Dwi Pratiwi, dan Yola Anita. 2023. "Relationship between postpartum mothers ' knowledge about psychological adaptation during the postpartum period ( taking in , taking hold dan letting go ) and postpartum stress." 10(2): 52–59.
- Lilis, Lisnawati. 2013. *Asuham Kebidanan Terkini Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta.
- Mariza, Ana, dan Desi Risna Purnamasari. 2021. "Hubungan Antara Paritas Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa di Ruang Kebidanan RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung." 3: 92–100.
- Maryunani. 2018. "Analisis Faktor Yang Beresiko Terhadap Kejadian Plasenta Previa." *Jurnal Nasional Sinergitas Multidisiplin dan Pengetahuan Kesehatan*.
- Mas'adah, Rusmini. 2015. "Teknik Meningkatkan Dan Memperlancar Produksi Asi Pada Ibu Post Sectio Caesaria Mas'Adah, Rusmini." I(2): 1495–1505.
- Masadah, Cembun, Sulaeman, R. 2020. "Pengaruh Foot Massage Therapy Terhadap Skala Nyeri Ibu Post Op Sectio Cesaria di Ruang Nifas RSUD Kota Mataram." *Jurnal Keperawatan Terpadu* 2.
- Muliani, Rizki et al. "Pengaruh foot massage terhadap tingkat nyeri klien post operasi sectio caesarea." 3(2): 73–80.
- Nazmi, Annisa Nur. 2018. "Pengaruh Pijat Kaki Dan Ambulasi Dini Terhadap Perubahan Nyeri Dan Mean Arterial Pressure Pada Pasien Post Operasi Laparotomi Berbasis Teori Comfort Kolcaba." *Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga*.
- Nurafif, Amin Huda, Kusuma, dan Hardhi. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Jilid 2*. Yogyakarta: Mediaction.
- Nursalam. 2016. "Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis." In Jakarta: Salemba Medika.
- Oxorn, Harry, dan William R. Forte. 2010. *Ilmu Kebidanan : Patofisiologi & Fisiologi Persalinan*. 1 ed. Yogyakarta: ANDI.
- P., I Made Indra, dan Ika Cahyaningrum. 2019. *Cara Mudah Memahami Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Deepublish.
- Padang, Dinkes Kota. 2022. "Profil Kesehatan Kota Padang."
- Podungge, Yusni et al. 2020. "Faktor Penyebab Plasenta Previa Pada Ibu Hamil." : 1–7.
- Polit, D. E., dan C. T. Beck. 2004. *Nursing Research : Principle and Methods*. 7 ed. Canada: J. B. Lippincott Company.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- . 2018a. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- . 2018b. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1 ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Previa, Total Placenta, dan Bestari Ayu Rahmania. "Plasenta Previa Totalis Dan Letak Lintang Pada Primitua Primer : Sebuah Laporan Kasus." : 815–20.
- Ratnasari. 2020. "Studi Dokumentasi Gangguan Rasa Aman Nyaman: Nyeri pada

- Pasien dengan Post Sectio Caesarea.” *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*.
- Reeder, Martin, dan Koniak-Griffin. 2011. *Keperawatan Maternitas : Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga*. 18 ed. Jakarta: EGC.
- Restinah, Anjar, Vivi Silawati, dan Bunga Tiara Carolin. 2024. “Perbandingan Pemberian Foot Massage Dengan Effleurage Massage Terhadap Nyeri Luka Operasi Sectio Caesarea (SC) Di RS Marinir Cilandak Jakarta Selatan.” 6: 3228–45.
- RI, Kemenkes. 2018. “Risikesdas.”
- Risyanti, Septiana et al. 2021. “Abstract Factors Analysis Of Breastmilk Production Of Post Caesarean Section.” 7(4): 607–12.
- Rizki Azmazatin, Yumnaini Siagian, Zuraidah, Wasis Pujiati. 2024. “Pengaruh Foot Massage Therapy Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Di RSUD Kabupaten Bintan.” 1: 168–78.
- Roflin, Eddy, Iche Andriyani Liberty, dan Pariyana. 2021. *Populasi, Sampel, Variabel dalam Penelitian Kedokteran*. ed. Moh. Nasrudin. Jawa Tengah: Penerbit NEM.
- S, Prawirohardjo. 2020. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sari, Devi Permata, Supardi, dan Sri Sat Titi Hamranani. 2019. “EFEKTIVITAS FOOT MASSAGE DAN KOMPRES HANGAT TERHADAP NYERI POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUMAH SAKIT ISLAM KLATEN.” 14(01): 3–17.
- Sari, R. K. et al. 2023. *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Banten: PT Sada Kurnia Pustaka.
- Sudarmiati Sari. 2020. *Refleksi Kaki untuk Mengurangi Nyeri Ibu Nifas*. Semarang: Fakultas Kedokteran Diponegoro.
- Sukarni I, Sudarti. 2016. “Patologi Kehamilan dan Masa Nifas.” In Yogyakarta: Nuha Medika.
- Supatmi, Reliani, dan Fathiya Luthfil Yumni. 2023. “Edukasi Pentingnya Dukungan Keluarga Bagi Pasien Kanker Di Rs Haji Surabaya.”
- Wang, Y. Q., Jiang, R., Pan, J., Hamil, W., Sakit, R., Changyi, R., Sakit, R., dan R Changyi. 2022. “Artikel Penelitian Pengaruh Pijat Kaki dan Tangan terhadap Nyeri Perut pada Insisi Seksio Sesarea di Bawah Bimbingan Ultrasound.”
- Widiastuti, Yuni Puji, dan Riani Pradara Jati. 2020. “Kelancaran Produksi ASI Pada Ibu Post Partum Dengan Operasi Sesar.” (October 2019): 282–90.
- Zulqifni, Fauzan, dan Made Suandika. 2022. “Pemberian Transfusi Darah Sebagai Upaya Peningkatan Perfusi Jaringan Pada Pasien Kanker Serviks.” *inovasi penelitian* 3(5): 6151–56.

**LAMPIRAN**

## Lampiran

### Lembar Uji Plagiarisme Turnitin

#### KTA CABIL TURNITIN

##### ORIGINALITY REPORT

<b>19%</b>	<b>15%</b>	<b>4%</b>	<b>10%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

##### PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://digilib.unila.ac.id">digilib.unila.ac.id</a> Internet Source	4%
2	Submitted to Badan PPSPDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	3%
3	<a href="http://repository.poltekkes-tjk.ac.id">repository.poltekkes-tjk.ac.id</a> Internet Source	2%
4	<a href="http://repository.mercubaktijaya.ac.id">repository.mercubaktijaya.ac.id</a> Internet Source	2%
5	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	1%
6	<a href="http://eprints.ums.ac.id">eprints.ums.ac.id</a> Internet Source	1%
7	<a href="http://repository.unar.ac.id">repository.unar.ac.id</a> Internet Source	1%
8	<a href="http://pdfs.semanticscholar.org">pdfs.semanticscholar.org</a> Internet Source	<1%
9	<a href="http://repository.poltekkesbengkulu.ac.id">repository.poltekkesbengkulu.ac.id</a> Internet Source	<1%
	<a href="http://journal.universitaspahlawan.ac.id">journal.universitaspahlawan.ac.id</a>	
10	Internet Source	<1%
11	<a href="http://journal.yp3a.org">journal.yp3a.org</a> Internet Source	<1%
12	<a href="http://retnodianiriani.blogspot.com">retnodianiriani.blogspot.com</a> Internet Source	<1%
13	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%