

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis *Sectio Caesarea*

1. Pengertian

Istilah *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin caedere yang berarti memotong atau menyayat (Todman, 2007; Lia *et al*, 2010). Sedangkan menurut Sarwono (2013) *section caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *sectio caesaria* dengan indikasi adalah adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan insisi pada dinding abdomen dan uterus dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram dengan indikasi insufisiensi plasenta.

2. Etiologi

Etiologi menurut Supratti., *et al* (2018) yaitu :

- a. Disproporsi chepalopelvik atau kelainan pinggul (pinggul sempit)
- b. Plasenta previa
- c. Gawat janin
- d. Pernah sectio caesarea sebelumnya
- e. Letak janin abnormal
- f. Hipertensi pada kehamilan (Pre eklamsia)
- g. Ruptur rahim beresiko

- h. Persalinan lama (prolonged labor)
 - i. Persalinan tidak maju (obstructed labor)
 - j. Distosia serviks
 - k. Ketidakberdayaan ibu mengejan
 - l. Mal presentasi embrio
3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan dari luka operasi antara lain adalah suply darah, infeksi dan iritasi. Dengan adanya supply darah yang baik akan berpengaruh terhadap kecepatan proses penyembuhan sebagai berikut: Sewaktu incise (kulit diiris), maka beberapa sel epitel, sel dermis dan jaringan kulit akan mati. Runag incise akan diisi oleh gumpalan darah dalam 24 jam pertama akan mengalami reaksi radang mendadak. Dalam 2-3 hari kemudian,

eksudat akan mengalami resolusif proliferasi (pelipat gandaan) fibroblast mulai terjadi. Pada hari ke 3-4 gumpalan darah mengalami organisasi , Pada hari ke 5 tensile strength (kekuatan untuk mencegah terbuka kembali luka) mulai timbul, yang dapat mencegah terjadi dehiscence (merekah). Pada hari 7-8, epitelisasi terjadi dan luka akan sembuh. Kecepatan epitelisasi adalah 0,5 mm per hari, berjalan dari tepi luka ke arah tengah atau terjadi dari sisa-sisa epitel dalam dermis. Pada hari ke 14-15, tensile strength hanya 1/5 maksimum. Tensile strength mencapai maksimum dalam 6 minggu. Untuk itu pada seseorang dengan riwayat Sectio Caesarea dianjurkan untuk tidak hamil pada satu tahun pertama setelah operasi (Supratti,, *et al* 2018).

4. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada pasien post op sectio caesarea menurut (Prawiroardjo, 2018) adalah sebagai berikut :

a. Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan perintravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan DS 10%, garam fisiologis dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan intravena biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih dan teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi:

- 1) Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi.
- 2) Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar.
- 3) Hari kedua post operasi, penderita dapat di dudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- 4) Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).
- 5) Selanjutnya selama beturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpaang 24-48 jam/

lebih lama tergantung jenis operasi.

e. Pemberian obat-obatan

1) Antibiotik

Cara pemilihan dan pemberian sangat berbeda disetiap institusi dan berdasarkan resep dokter.

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan suppositoria (ketoprofen sup 2x/24 jam), oral (tramadol tiap 6 jam/paracetamol), injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

3) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien dapat diberikan caboransia seperti Neurobion I vitamin C.

f. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

g. Perawatan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

h. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

B. Konsep Dasar Letak Sungsang

1. Pengertian

Posisi sungsang yaitu posisi embrio pada posisi memanjang didalam rahim, kepala berada difundus, bokong berada dibawah (Reny, 2017). Posisi sungsang adalah suatu kondisi dimana bayi ditemukan jauh dengan kepala berada difundus rahim serta bokong ada di bawah cekungan rahim (Prawirohardjo, 2018).

2. Etiologi

Berat badan janin yang rendah menyebabkan tukik dapat bergerak terbuka, rahim yang sangat serbaguna membuat tukik mempunyai peluang yang luar biasa untuk berbalik sampai minggu ke-37 hingga seterusnya, kehamilan kembar, hidroamnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit.

3. Klasifikasi

Klasifikasi presentasi bokong menurut (Oxom., et al, 2019) adalah:

- a. Letak bokong murni (*Frank Breech*) : presentasi bokong murni, bokong saja yang menjadi bagian depan, sedangkan kedua tungkai lurus ke atas.
- b. Letak bokong kaki (*Complete Breech*) : presentasi bokong kaki samping bokong teraba kaki, disebut letak bokong kaki sempurna atau tidak sempurna jika disamping bokong teraba kedua kaki atau satu kaki saja.
- c. Letak kai presentasi kai (*Incomplete Breech Presentation*) : presentasi ini tidak sering terjadi, koneksi ke leher rahim buruk

sehingga memiliki kemungkinan lebih tinggi terjadinya prolaps tali pusat. Presentasi ini mungkin menunjukkan kesukaran pada penurunan hingga disarankan untuk melakukan operasi caesar.

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Bratakoesoema, 2019) tanda-tanda perlu diperhatikan adalah :

- a. Ibu merasakan tumbuh kembang anak pada bagian ulu hati bagian bawah, bagian tengah bawah serta ibu sering mengeeluh merasakan adanya benda keras (kepala) yang mendseak pada tulang rusuk.
- b. Merasakan sakit (menendang) di daerah leher rahim atau dubur.
- c. Primigravida tidak merasakan janinnya tergelincir beberapa saat baru lahir.
- d. Pada palpasi anda akan merasakan bagian fundus uteri yang keras, melingkar dan melenting. Punggung bayi bisa di raba pda satu sisi abdomen serta sebagian kecil di sisi sebaliknya. Diatas simfisis, dapat dirasakan bagian yang tidak terlalu melingkar serta lunak.
- e. Pada punggung bayi setiinggi pusat terdengar suara jantung.
- f. Pada pemeriksaan vagina biasanya terlihat bagian paling kecil tidak terasa serta terasa halus tanpa garis jahitan atau ubun-ubun

5. Patofisiologi

Posisi bayi didalam rahim bergantung padaproses penyesuaian janin terhadap ruang didalam rahim. Pada kehamilan hingga sekitar 32 minggu, jumlah cairan ketuban lebih.banyak,.sehingga embrio dapat gerak bebas. Dengan cara ini, embrio dapat memposisikan dirinya dalam posisi kepala, posisi sungsang, atau posisi melintang. Pada

trimester akhir kehamilan, embrio berkembang dengan cepat serta jumlah cairan ketuban berkurang sedikit-sedikit. Sebab bokong dengan kaki yang terlipat lebih besar dari kepala, bokong dibatasi untuk memiliki ruang yang lebih kecil di bagian bawah uterus. Dengan cara ini bisa diketahui kenapa dikehamilan prematur, kekambuhan posisi sungsang lebih tinggi, sedangkan kehamilan cukup bulan sebagian besar janin di temukan dalam posisi kepala (Winkjosastro, 2017).

6. Penatalaksanaan Medis

Mengingat ancaman yang ada, sebaiknya jaga jarak strategis agar tidak melahirkan dalam posisi sungsang. Oleh karena itu, apabila pada pemeriksaan antenatal ditemukan posisi sungsang, khususnya pada primigravida, maka perlu dilakukan upaya untuk merubah posisi sungsang menjadi posisi kepala, menurut (Winkjosastro, 2017) meliputi:

a. Posisi knee chest

Membriarkan posisi bayi sungsang keposisi presentse kepala secara eksperimental, dengan pemikiran bahwa kepala lebih berat dibandingkan bokong hingga menurut hukum normal akan bergerak kearah pintu masuk pinggul.

b. Persiapan alat

1) Matras

2) Satu bantalan tipis

3) Pelaksanaan

a) Posisi badan tengkurap, bertumpu dengan lutut serta lengan,

berbaring rapat dengan dada hingga menyentuh lantai, kepala dimiringkan pada bantalan.

b) Anjuran

(1) Diusia kehamilan sekitar 7-8 bulan

(2) Laksanakan 3-4x sehari dengan durasi 10 menit, seminggu setelahnya periksa sekali lagi

c) Apabila posisi bayi tidak berubah, posisi lutut dada diulangi, bila berubah, perutnya didudukkan (di ikat) dengan gurita atau stagen supaya posisi bayi tidak berubah lagi.

C. Konsep Teori Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan yang diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut saraf dari dalam tubuh ke otak serta dapat diikuti reaksi fisik, emosional maupun fisiologis (Sari et al., 2018) Nyeri yang timbul pasca operasi merupakan kejadian yang menekan atau stress, dan dapat mengubah gaya hidup dan kesejahteraan psikologi individu. Nyeri akut yang timbul harus dikelola agar tidak timbul komplikasi seperti syok neurogenik karena nyeri akut dapat menyebabkan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat. Jika nyeri tidak dikontrol dapat menyebabkan proses rehabilitasi klien tertunda dan hospitalisasi menjadi lama. Hal ini karena klien memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan. Nyeri adalah suatu kondisi yang perlu diatasi dengan manajemen nyeri sebab rasa nyaman adalah kebutuhan

dasar manusia (Kurniawaty, 2020).

2. Penyebab

Menurut Asmadi (2013) nyeri dapat disebabkan oleh :

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan jaringan akibat bedah atau cidera
- b. Iskemia jaringan, merupakan ketidakcukupan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh
- c. Spasmus otot merupakan suatu konstraksi yang tak disadari atau tak terkendali, dan sering menimbulkan rasa sakit. Spasme biasanya terjadi pada otot yang kelelahan dan bekerja berlebihan, khususnya ketika otot teregang berlebihan atau diam menahan beban pada posisi yang tetap dalam waktu yang lama
- d. Inflamasi pembengkakan jaringan, mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan juga karena ada pengeluaran zat histamin dan zat kimia bioaktif lainnya
- e. Post operasi setelah dilakukan pembedahan

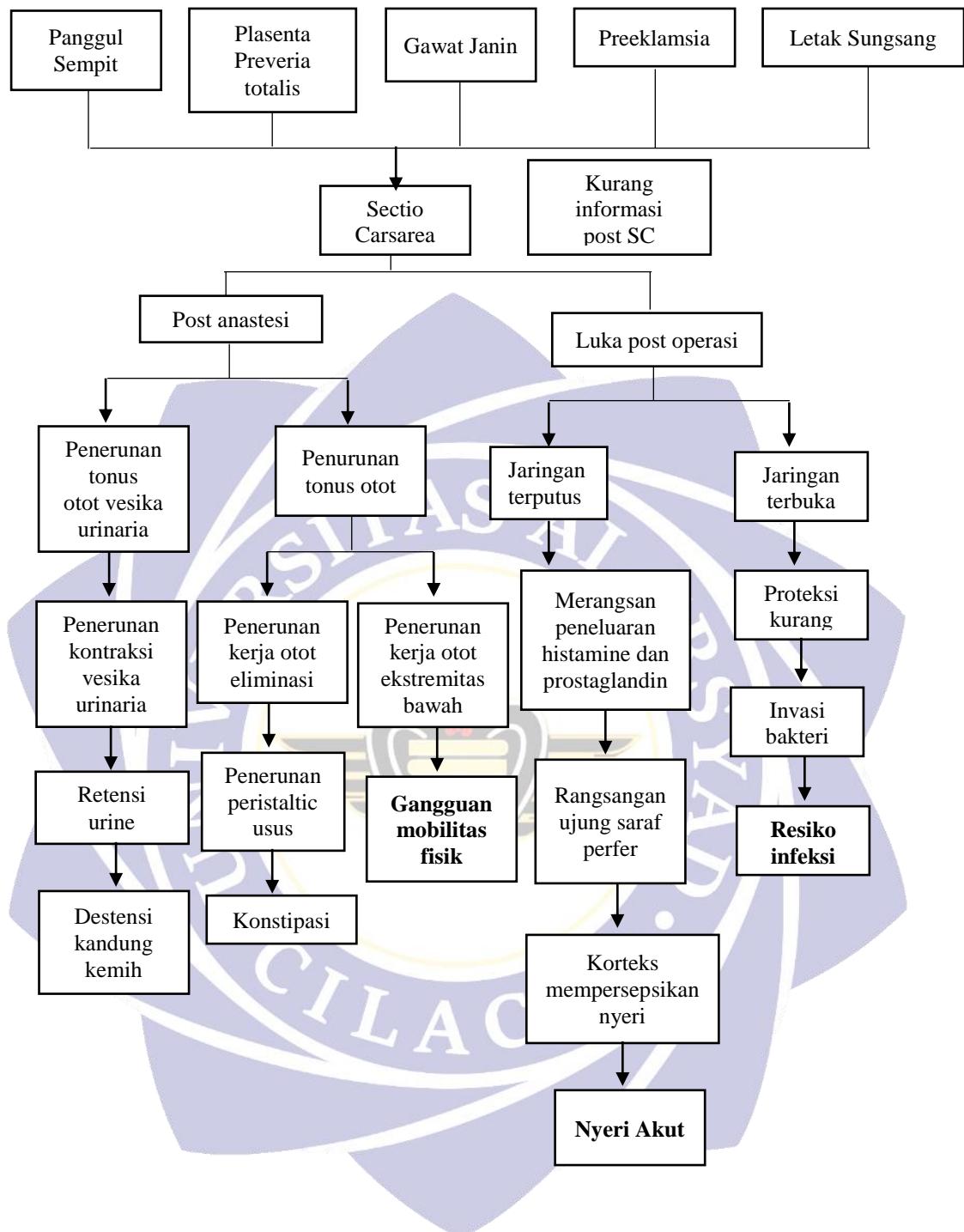
3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut (Kozier., et.al 2018) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut
 - 1) Peningkatan denyut nadi, frekuensi pernafasan, dan tekanan darah.
 - 2) Dilatasi pupil
 - 3) Umumnya tampak adanya cidera jaringan.
 - 4) Klien tampak gelisah dan cemas.
 - 5) Klien melaporkan rasa nyeri.

- 6) Klien menunjukkan perilaku yang mengindikasikan rasa nyeri misalnya menangis, menggosok area nyeri, memegang area nyeri.
- b. Nyeri kronik
- 1) Umumnya tanda vital dalam batas normal.
 - 2) Kulit kering, hangat.
 - 3) Pupil bisa normal maupun dilatasi.
 - 4) Nyeri yang dirasakan terus berlanjut setelah penyembuhan.
 - 5) Klien tampak depresi dan menarik diri.
 - 6) Klien sering kali tidak menyebutkan rasa nyeri kecuali ditanya.

4. Pathways



Bagan 2.1 Pathway Sectio Carsarea (Kusuma, 2015)

5. Penatalaksanaan Keperawatan

Upaya dan teknik yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri dalam Mayasari (2016) adalah sebagai berikut :

a. Relaksasi

Relaksasi merupakan pelemasan otot sehingga akan mengurangi ketegangan otot yang dapat mengurangi rasa nyeri.

Teknik yang dilakukan yaitu dengan nafas dalam secara teratur dengan cara menghirup udara melalui hidung, tahan dan keluarkan secara perlahan melalui mulut.

b. Teknik Distraksi

Teknik distraksi merupakan cara pengalihan perhatian pasien dari rasa nyeri. Adapun cara mengalihkan nyeri sebagai berikut :

- a. Bernapas lambat dan berirama
- b. Aktif mendengarkan musik
- c. Mendorong untuk menghayal
- d. Menonton televisi
- c. Transcutaneus *Electrical Nerve Stimulation* (TENS)

TENS merupakan salah satu teknik pengendalian nyeri non farmakologik karena teknik tersebut menyebakan pelepasan endorfin, seperti penggunaan placebo (*substansi Inert*). Efek placebo timbul dari produksi alamiah (endogen) endorfin dalam dalam sistem kontrol desenden. Efek ini merupakan respon fisiologis sejati yang dapat di putar balik oleh nalokson, suatu

antagonis narkotik.

d. *Massage* (pijatan)

Ada beberapa teknik pijatan yang dapat dilakukan yaitu, remasan pada otot bahu, selang seling tangan memi- jat punggung dengan tekanan pendek, cepat dan bergantian tangan, petria- si dengan menekan punggung secara horizontal kemudian pindah tangan dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas, tekanan menyikat secara halus tekan punggu- ng dengan menggunakan ujung-ujung jari untuk mengakhiri pijatan.

e. Terapi Es

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

f. Akupunktur

Sebuah teknik tusuk jarum yang menggunakan jarum-jarum kecil dan panjang untuk menusuk ke bagian tertentu dalam tubuh untuk menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa nyeri.

g. Hipnosa

Teknik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadarkan diri yang dicapai melalui gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya.

h. Analgetik

Mengurangi persepsi nyeri seseorang tentang rasa nyeri, terutama melalui daya kerja atau sistem saraf pusat dan mengubah respon seseorang terhadap rasa tidak nyaman

D. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Sependapat dengan Prawirohardjo (2018) pengkajian adalah suatu tahap awal pada penanganan keperawatan, oleh sebab itu di perlukan ketelitian serta ketelatenan terhadap kasus pasien sehingga bisa memberi arah pada kegiatan keperawatan. Proses keperawatan berhasil sangat subordinat. Pada pengaturan ini dibagi menjadi:

a. Identitas

Sependapat dengan Prawirohardjo (2018) identitas pada bahaya tinggi meliputi usia, khususnya ibu yang mengalaminya dimulai dari kehamilan dengan tanda posisi (primigravida), nama, tanggal lahir, alamat, nomor RM, tanggal mengkaji.

b. Keluhan Utama

Ada anamnesis keluhan utama yang wajib didapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sesudah pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien dapat digunakan metode PQRST, yaitu Provokes (penyebab nyeri), Quality (kualitas nyeri), Region (lokasi dan penyebaran nyeri), Severity (skala nyeri). Cara menilai skala nyeri dengan metode *Numeric Rating Scale* (NRS), skala 0 =

tidak nyeri, skala 1-3 = nyeri ringan, skala 4-6 = nyeri sedang, skala 7-10 = nyeri berat, dan Timing (waktu timbulnya nyeri) (Masriadi, 2016). Pada umumnya keluhan utama pada kasus *sectio caesarea* adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (Grace, 2016).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari *sectio caesarea*, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Riwayat pada saat sebelum inpartu didapatkan posisi janin dalam kondisi sungsang.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus dan riwayat operasi SC sebelumnya.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien. (Nurhastuti, 2019).

f. Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta

respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Andini, 2018).

g. Riwayat Perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan ibu, usia perkawinan ibu apakah kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun karena apabila umur ibu lebih dari 35 tahun organ reproduksinya sudah tidak reproduktif lagi.

h. Riwayat Kehamilan

Pada riwayat kehamilan hal yang harus diperhatikan khususnya berapa kali pemeriksaan kehamilan dilakukan selama hamil, menghitung usia kehamilan serta tanggal perkiraan persalinan (HPHT), mengetahui tafsiran kelahiran bayi, apakah anak dilahirkan prematur, sebab anak prematur adalah faktor prediposisi pada posisi sungsang.

i. Riwayat Persalinan

Menghitung macam persalinan yang di alami (*Sectio Caesrea/normal*), pernah pendarahan atau tidak.

j. Riwayat Ginealogi

- 1) Riwayat menstruasi, penghitungan menarchee, berapa siklus, berapalama, siklus awal bulanan serta siklus akhir haid (HPHT)
- 2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas. Berapa jumlah kehamilan, berapa usia kehamilan, apakah ada komplikasi atau tidak, penolong persalinan, macam SC persalinan atau tipikalnya, ada komplikasi nifas atau tidak.

- 3) Riwayat KB, apakah pernah menggunakan alat kontrasepsi beberapa waktu terakhir, jenis kontrasepsi apa, sejak kapan menggunakan alat kontrasepsi, apakah mengalami kendala selama menggunakan alat kontrasepsi?

k. Pengkajian Fungsional

1) Pola Aktivitas

Apakah klien mengalami kelemahan, merasa lemas, lelah, tirah baring penurunan kekuatan otot, kehilangan tunos otot dan letargi.

2) Pola Eliminasi

Apakah klien mengalami perubahan karakteristik urine dan feses, ketidakmampuan defekasi, konstipasi, penurunan pengeluaran urine, menurunnya peristaltik/bising usus.

3) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Inisiasi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

5) Pola Hubungan Peran

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

6) Pola Sensori Kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

7) Pola persepsi dan Konsep Diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

1. Pemeriksaan head to toe

1) Tanda - Tanda Vital

Keadaan klien dengan hernia biasanya mengalami kelemahan serta tingkat kesadaran comatosus. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi appendiks.

2) Kepala

Rambut : Termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut.

Kulit kepala : Termasuk benjolan atau lesi

Wajah : Pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri.

3) Mata

Mata tampak cekung (kekurangan cairan), sklera ikterik,konjungtiva merah muda.

Pupil : Miosis, midrosis, atau anisokor.

4) Telinga

Daun telinga masih simetris kanan dan kiri, gendang telinga tidak tertutup, seumen berwarna putih keabuan dan masih dapat bervibrasi dengan baik apabila tidak mengalami infeksi skunder. Pengkajian terhadap pendengaran terhadap bisikan maupun tes garpu tala dapat mengalami penurunan.

5) Hidung

Tidak terjadi pembesaran polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza.

6) Mulut dan Faring

Bibir : Sianosis, pucat (biasanya penderita hernia mengalami mual muntah karena adanya tekanan intra abdomen).

Mukosa : Lembab atau kering, langit- langit mulut terdapat bercak keputihan karena pasien mengalami penurunan kemampuan personal hygiene akibat kelemahan fisik.

7) Paru – Paru

Frekuensi pernafasan biasanya dalam batas normal (16-20 kali permenit). Dengarkan pernafasan pasien apabila terdengar stridor pada obstruksi jalan nafas, mengi apabila penderita sekaligus mempunyai riwayat asma.

8) Dada

Inspeksi : Dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retraksi inspirasi abdomen.

Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak

Perkusi : Dalam batas normal, pekak terjadi apabila cairan atau jaringan padat menggantikan bagian paru yang normal nya terisi udara (terjadi apabila penyakit lain seperti efusi pleura, tumoratau pasca penyembuhan TBC).

Auskultasi : Bunyi nafas vasikular, bronco vasikular (dalam keadaan normal).

9) Abdomen

Inspeksi : pemeriksaan visual abdomen dengan memperhatikan bentuk abdomen , kelainan kulit,

Auskultasi : mendeteksi perubahan bising usus, gesekan, atau bruit vaskuler Palpasi : Adanya nyeri tekan atau massa perut

10) Integumen

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, kemerahan (luka pembedahan pada abdomen).

11) Genitalia

Inspeksi mengenai warna, kebersihan, benjolan seperti lesi, massadan tumor.

12) Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktiitas karena adanya nyeri yang hebat dan apakah ada kelumpuhan ataukekakuan. Adapun kekuatan otot nya yaitu :

0 = Lumpuh

1 = Ada kontraksi

2 = Melawan gravitasi dengan sokongan

3 = Melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan

4 = Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5 = Melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Astuti, 2020).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)

Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik, pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat yang berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

1) Etiologi : Agen pencedera fisiologis (misal : inflamasi, iskemia, neoplasma). Agen pencedera kimiawi (misal : terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (misal : abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat beban, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

2) Manifestasi Klinis

a. Tanda Gejala Mayor :

Tanda Subjektif : Mengeluh nyeri.

Tanda Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur.

b. Tanda Gejala Minor:

Tanda Subjektif: -

Tanda Objektif : TD meningkat, pola nafas berubah, menarik diri, fokus diri sendiri, diaforesis.

c. Kondisi Klinis Terkait :

(1) Kondisi pembedahan

(2) Cedera traumatis

(3) Infeksi

(4) Sindrom coroner akut

(5) Glaucoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Keengganan

Melakukan Pergerakan (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan, keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih

ekstermitas secara mandiri.

- 1) Etiologi : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskoskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.
- 2) Manifestasi Klinis
 - a) Tanda Gejala Mayor :
Tanda subjektif : mengeluh sulit menggerakan ekstermitas.
Tanda objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.
 - b) Tanda Gejala Minor :
Tanda subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.
Tanda objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.
 - c) Kondisi Klinis Terkait :
 - (1) Stroke
 - (2) Cedera medua spinalis
 - (3) Trauma

- (4) Fraktur
 - (5) Osteoarthritis
 - (6) Ostemalasia
 - (7) Keganasan
- c. Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Risiko Infeksi b.d efek prosedur invasif, beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

1) Faktor resiko:

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - (1) Gangguan peristaltic
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi PH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Merokok
 - (8) Status cairna tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Immunosupresi

- (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi
 - (5) Vaksinasi tidak adekuat
- 2) Kondisi Klinis Terkait
- a) AIDS
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Tindakan invasif
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - i) Kanker
 - j) Gagal ginjal
 - k) Immunosupresi
 - l) Lymphedema
 - m) Leukositopenia
 - n) Gangguan fungsi hati
3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun definisi dari luaran (outcome) keperawatan itu sendiri adalah aspek-aspek yang dapat di observasi dan diukur meliputi kondisi, prilaku, atau

persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (SLKI, 2018).

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																											
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Gelisah menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kesulitan tidur menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi membaik</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td></td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p>	Indikator	IR	ER	Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	5	Keluhan nyeri menurun	3	5	Meringis menurun	3	5	Sikap protektif menurun	3	5	Gelisah menurun	3	5	Kesulitan tidur menurun	3	5	Frekuensi nadi membaik	3	5		3	5	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi</p>
Indikator	IR	ER																												
Kemampuan menuntaskan aktivitas	3	5																												
Keluhan nyeri menurun	3	5																												
Meringis menurun	3	5																												
Sikap protektif menurun	3	5																												
Gelisah menurun	3	5																												
Kesulitan tidur menurun	3	5																												
Frekuensi nadi membaik	3	5																												
	3	5																												

		<p>1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p>	<p>pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan,</p>
--	--	---	---

			<p>kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi

	<p>melakukan pergerakan (D.0054)</p>	<p>mobilitas fisik meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Kekuatan otot meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM) meningkat</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Nyeri menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Gerakan terbatas menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkat 5 : Meningkat</p> <p>1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p>	Indikator	IR	ER	Pergerakan ekstermitas meningkat	3	5	Kekuatan otot meningkat	3	5	Rentang gerak (ROM) meningkat	3	5	Nyeri menurun	3	5	Gerakan terbatas menurun	3	5	<p>adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
Indikator	IR	ER																			
Pergerakan ekstermitas meningkat	3	5																			
Kekuatan otot meningkat	3	5																			
Rentang gerak (ROM) meningkat	3	5																			
Nyeri menurun	3	5																			
Gerakan terbatas menurun	3	5																			

			<p>2. Anjurkan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi</p>									
3.	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.03030) Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan dan bengkak menurun</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri menurun</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p>	Indikator	IR	ER	Kemerahan dan bengkak menurun	3	5	Nyeri menurun	3	5	<p>Perawatan Luka (I.14564) Observasi</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>3. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4. Pasang balutan</p>
Indikator	IR	ER										
Kemerahan dan bengkak menurun	3	5										
Nyeri menurun	3	5										

			<p>sesuai jenis luka</p> <p>5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap pencanangan (Muttaqin, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Muttaqin, 2018).

E. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. *Foot Massage*

a. Pengertian

Foot massage merupakan salah satu terapi komplementer yang aman dan mudah diberikan dan mempunyai efek meningkatkan sirkulasi, mengeluarkan sisa metabolisme, meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot dan memberikan rasa nyaman pada pasien (Afianti, 2017). *Foot massage* adalah manipulasi jaringan lunak pada kaki secara umum dan tidak terpusat pada titik-titik tertentu pada telapak kaki yang berhubungan dengan bagian lain pada tubuh (Abduliansyah, 2018). *Foot massage* bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi kegiatan jantung dalam memompa, dan mengurangi mengerutnya dinding-dinding pembuluh nadi halus sehingga tekanan pada dinding-dinding pembuluh darah berkurang dan aliran darah menjadi lancar sehingga tekanan darah akan menurun (Patria, 2019).

b. Tujuan *Foot Massage*

Adapun tujuan dari terapi foot massage (Fitrianti, 2021) adalah:

- 1) Melancarkan peredaran darah terutama peredaran darah vena dan peredaran getah bening
- 2) Menghancurkan pengumpulan sisa-sisa pembakaran didalam sel-sel otot yang telah mengeras atau disebut mio-gelosis (asam laktat).

- 3) Menyempurnakan pertukaran gas dan zat didalam jaringan atau memperbaiki proses metabolisme.
 - 4) Menyempurnakan pembagian zat makanan ke seluruh tubuh
 - 5) Menyempurnakan proses pencernakan makanan
 - 6) Menyempurnakan proses pembuangan sisa pembakaran ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan
 - 7) Merangsang otot-otot yang dipersiapkan untuk bekerja lebih berat, menambah tonus otot, efisiensi otot (kemampuan guna otot) dan elastisitas otos (kekenyalan otot)
 - 8) Merangsang jaringan saraf, mengaktifkan saraf sadar dan kerja saraf otonom (saraf tak sadar).
- c. Manfaat *Foot Massage*
- Adapun manfaat terapi foot massage (Fitrianti, 2021) antara lain:
- 1) Meredakan stress
 - 2) Menjadikan tubuh rileks
 - 3) Melancarkan sirkulasi darah
 - 4) Mengurangi rasa nyeri
- d. Prosedur *Foot Massage*

Prosedur pelaksanaan terapi *Foot Massage* menurut (Trisnowiyanto, 2019) yaitu :

- 1) Membebaskan bagian kaki yang akan dipijat dari selimut atau kaos kaki dan sebaiknya kaki yang belum dipijat biarkan menggunakan selimut atau kaos kaki
- 2) Melumaskan minyak esensial di kaki pasien yang bertujuan supaya kulit pasien tidak lecet dan mudah untuk dipijat (*massage*)

- 3) Lakukan pijatan dengan teknik *effleurage* (teknik pijatan dengan memberikan usapan dan tekanan lembut pada bagian kulit) dan patrisage (teknik pijatan dengan memberikan penekanan dan meremas bagian kulit yang dipijat)
- 4) Tahapan pertama massage pada tungkai bawah depan (otot tulang kering) selama 2,5 menit



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



- 6) Tahapan selanjutnya massage otot punggung kaki selama 2,5 menit



7) Dan terakhir massage otot telapak kaki selama 2,5 menit



8) Lakukan pijatan pada kaki satunya

9) Lakukan pembilasan atau bersihkan menggunakan tissue

2. Artikel dan Jurnal Pendukung

- Pengaruh *Foot Massage* Terhadap Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Sectio Caesarea di RS AMC Kabupaten Bandung oleh Muliani, *et al* (2020)

Problem / Population : Berdasarkan laporan SIMRS di RS AMC didapatkan hasil bahwa pasien yang menjalani operasi sectio caesarea tahun 2017 sebanyak 408 orang dan bulan Maret-Mei 2018 sebanyak 111 orang. Sedangkan ibu dengan post partum spontan pada bulan Maret 2018 sebanyak 32 orang, April sebanyak 26 orang dan Mei sebanyak 30 orang. Dari hasil wawancara dengan 10 pasien

post sectio caesarea di RS AMC, mereka mengatakan mulai merasakan nyeri setelah 24 jam post operasi, meskipun pasien sudah mendapatkan terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri. Untuk mengurangi rasa nyeri, dari 10 pasien hanya 3 pasien yang melakukan teknik mengurangi nyeri non farmakologi yaitu dengan tarik napas dalam sedangkan sisanya hanya mengandalkan dari obat analgetik. Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap RS AMC Kabupaten Bandung pada bulan Maret sampai Mei 2018. Penelitian kuantitatif ini dengan pendekatan *one group pre-post test design* dengan 27 responden.

Intervention: Dengan pemberian tindakan terapi foot massage 1 kali setiap hari dengan durasi waktu 20 menit selama 2 hari pada pasien post operasi sectio caesarea di RS AMC Kabupaten Bandung.

Compare: Setelah dilakukan pemberian tindakan terapi foot massage terdapat penurunan frekuensi tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RS AMC Kabupaten Bandung.

Outcome : Setelah dilakukan uji Wilcoxon didapatkan hasil atau nilai p-value 0. 000 (nilai p < nilai alpha 0. 05) yang menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna pemberian foot massage terhadap nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RS AMC Kabupaten Bandung.

- b. Terapi Foot Massage Untuk Mengurangi Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea di RSU PKU Muhammadiyah Delanggu oleh

Raharja., *et al* (2024)

Problem / Population : Riwayat kesehatan dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 30 Juni 2024, keluhan utama kelima pasien adalah mengeluh nyeri di perut diarea insisi, pasien mengatakan nyerinya seperti disayat. Penyebab nyeri pada responden yaitu disebabkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat. Penelitian ini dilakukan tanggal 29 Juni -1 Juli 2024, pada 15 pasien dengan diagnosa medis post sectio caesarea di Bangsal Nifas Atas RSU PKU Muhammadiyah Delanggu. Jenis rancangan serta pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *case report* dengan desain observasional deskriptif, menggunakan pendekatan proses keperawatan (*nursing process*).

Intervention: Dengan pemberian tindakan terapi foot massage selama \pm 15 menit selama 3 hari berturut turut pada pasien post operasi sectio caesarea di Bangsal Nifas Atas RSU PKU Muhammadiyah Delanggu.

Compare: Setelah dilakukan pemberian tindakan terapi foot massage terdapat penurunan frekuensi tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di Bangsal Nifas Atas RSU PKU Muhammadiyah Delanggu.

Outcome : Hasil penatalaksanaan menunjukkan ada nya penurunan tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan terapi *foot massage* selama

- ± 15 menit selama 3 hari berturut turut.
- c. Efektivitas *Foot Massage* Terhadap Nyeri *Post Operasi Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Islam Klaten oleh Sari., *et al* (2019)

Problem / Population : Data persalinan Di Rumah Sakit Islam Klaten mulai bulan Januari 2018 tercatat partus spontan pacuan 72 pasien, vacuum 24, *manual aid* 3,gemeli 5, operasi section caesarea 104 pasien. Persalinan dengan sectio caesarea untuk bulan Februari 2018 sampai dengan bulan Mei 2018 mengalami kenaikan dengan rata rata jumlah persalinan melalui pembedahan ada 112 pasien perbulan, data persalinan di bulan Juni 2018 terdapat persalinan spontan ada 105, Vacum Extract 96 pasien, VBAC (Vaginal Birth After Caesarea) ada 6 pasien dan jumlah pasien sectio caesarea yaitu 130 pasien. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu (quasi eksperimen) dengan rancangan *pretest postest nonequivalent control group*. Populasi dalam penelitian ini semua pasien bersalin yang dilakukan dengan cara SC di RSI Klaten pada bulan April sampai Juni 2018 dengan jumlah 330 pasien dengan menggunakan teknik sampling *purposive sampling* didapatkan sebanyak 20 orang. Penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling*. Analisa data menggunakan *paired t-test*, *wilcoxon* dan *mann whitney*.

Intervention: Dengan pemberian tindakan terapi *foot massage* 1 kali setiap hari dengan durasi waktu 15 menit selama 2 hari pada pasien post operasi sectio caesarea di Rumah Sakit Islam Klaten.

Compare: Hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan bahwa terdapat penurunan rata-rata skala nyeri persalinan setelah diberikan tindakan terapi *foot massage* di Rumah Sakit Islam Klaten.

Outcome : Ada pengaruh *foot massage* terhadap nyeri pasien post operasi *sectio caesarea* di RSI Klaten didapatkan nilai *mean* 0,900 dan nilai *p value* = 0,029 ($\alpha < 0,05$).

