

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep PostPartum

a. Definisi PostPartum

Periode nifas atau postpartum disebut pula sebagai puerperium, kata "*puer*" yang berasal dari bahasa Latin bermakna bayi, sementara "*parous*" merujuk pada proses melahirkan. Nifas secara khusus menggambarkan pendarahan dari rahim yang disebabkan oleh proses persalinan atau pasca persalinan. Periode nifas (*puerperium*) bermula sejak kelahiran plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi wanita kembali ke keadaan sebelum hamil, dengan durasi mencapai enam minggu. Masa nifas (nifas) berjalan selama enam minggu atau 42 hari, dimana hal tersebut adalah durasi yang dibutuhkan dalam pemulihan organ reproduksi ke kondisi sebelum melahirkan. Berdasarkan penjelasan diatas, periode nifas dimulai dari kelahiran plasenta dan berakhir saat organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum kehamilan, dengan lamanya waktu sekitar enam minggu (Anwar & Safitri, 2022).

b. Periode PostPartum

Dalam buku (Lalita *et al.*, 2025) postpartum dibagi menjadi 3 periode, yaitu :

1) Periode *immediate postpartum*

Periode nifas awal mencakup rentang waktu sejak ekspulsi plasenta hingga 24 jam pasca persalinan. Fase ini bersifat krusial karena berpotensi timbulnya perdarahan postpartum akibat atonia uteri, yaitu ketidakmampuan uterus mengontraksi secara efektif pasca persalinan. Ibu yang baru bersalin perlu diawasi secara berkelanjutan oleh petugas kesehatan. Pengawasan mencakup kontraksi uterus, pengeluaran lochia, keadaan kandung kemih, tekanan darah, serta suhu tubuh.

2) Periode *early postpartum*

Fase ini meliputi rentang 24 jam hingga satu minggu pasca persalinan. Pada tahap *early postpartum*, petugas kesehatan untuk menjaga kondisi ibu yang melahirkan agar tetap dalam keadaan normal, yaitu tanpa pendarahan, dengan lochia tidak berbau, tidak demam, pemberian nutrisi dan cairan yang memadai, serta kemampuan menyusui yang optimal.

3) Periode *late postpartum*

Periode ini berlangsung satu hingga enam minggu pasca persalinan. Pada fase ini, ibu postpartum dilakukan pemantauan kondisi fisik secara berkelanjutan serta diberikan edukasi dan konseling terkait perencanaan Keluarga Berencana (KB). Masa setelah persalinan, yang dikenal sebagai masa nifas, yang berlangsung sejak keluarnya plasenta hingga tercapainya

pemulihan fisiologis secara menyeluruh pada berbagai sistem organ tubuh ibu. Fase ini adalah fase yang penting dan menantang bagi ibu, bayi baru lahir, serta keluarga, karena pada fase ini terjadi proses penyesuaian terhadap peran baru, terutama pada ibu primipara, yang berlangsung bersamaan dengan emosional, fisik, sosial, dan spiritual.

c. Perubahan Fisiologi

Menurut Khasanah & Sulistyawati (2017), perubahan fisiologis masa nifas adalah ;

1) Sistem reproduksi (involusi uterus)

Tinggi fundus uteri berada setinggi pusat segera setelah persalinan, kemudian menurun sekitar 1-2 cm per hari hingga teraba di atas simfisis pubis pada hari ke-10. Berat uterus menurun dari sekitar 1.000gram setelah persalinan menjadi ± 500 gram pada akhir minggu pertama dan ± 60 gram pada minggu ke-6. Pengeluaran lochea berlangsung selama $\pm 2-6$ minggu, yang terdiri dari lochea rubra (hari 1-3), serosa (hari 4-10), dan alba (setelah hari ke-10).

2) Sistem endokrin

Kadar hormon estrogen dan progesteron menurun secara drastis dalam 24-48 jam setelah plasenta lahir. Kadar hormon prolaktin meningkat dan memicu produksi ASI, dengan pengeluaran ASI matur biasanya terjadi pada hari ke-2 hingga ke-4 postpartum.

3) Sistem kardiovaskular

Volume darah menurun secara bertahap dan kembali mendekati normal dalam waktu 2–4 minggu postpartum. Denyut nadi ibu postpartum berada pada kisaran 60–80 kali per menit, dan tekanan darah umumnya kembali ke nilai pra-kehamilan dalam beberapa hari.

4) Sistem urinaria

Diuresis meningkat pada 24–72 jam postpartum dengan pengeluaran urine mencapai $\pm 2.000\text{--}3.000$ mL per hari akibat mobilisasi cairan tubuh.

5) Sistem pencernaan

Motilitas usus menurun sementara, sehingga defekasi spontan umumnya kembali dalam 2–3 hari postpartum. Fungsi saluran cerna umumnya pulih sepenuhnya dalam 1–2 minggu postpartum.

6) Sistem musculoskeletal

Tonus otot abdomen dan pelvis mulai membaik dalam 1–2 minggu, dan pemulihan mendekati normal terjadi dalam 6–8 minggu postpartum.

7) Sistem integumen

Diaforesis meningkat terutama pada 2–3 hari pertama postpartum. Striae gravidarum dan hiperpigmentasi kulit

berkurang secara bertahap dalam beberapa minggu hingga bulan postpartum.

8) Sistem payudara (laktasi)

Pembesaran payudara dan rasa penuh biasanya muncul pada hari ke-2 hingga ke-4 pasca persalinan. Produksi ASI meningkat secara bertahap sesuai frekuensi dan efektivitas hisapan bayi.

2. Konsep Nyeri *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Nyeri pasca operasi caesar adalah nyeri pasca persalinan yang dialami ibu setelah menjalani prosedur caesar. Rasa sakit umumnya terasa di area luka sayatan pada abdomen. Kontraksi dan penyusutan uterus juga berperan sebagai penyebab nyeri yang menetap dalam beberapa hari setelah persalinan (Napisah *et al.*, 2022). Dalam prosedur pembedahan *sectio caesarea*, sensasi nyeri umumnya timbul setelah persalinan, karena anestesi telah dilakukan oleh dokter selama operasi, dan efek obat anestesi biasanya menghilang sekitar 2 jam setelah penyelesaian proses persalinan (Oktapia *et al.*, 2022).

Jenis nyeri yang sering dialami oleh ibu pasca persalinan dengan *sectio caesarea* adalah nyeri akut. Nyeri akut adalah jenis nyeri yang berlangsung dalam waktu singkat, contohnya nyeri yang disebabkan oleh operasi abdomen, dan biasanya tidak melebihi enam bulan. Nyeri ini muncul secara mendadak dari penyebab yang

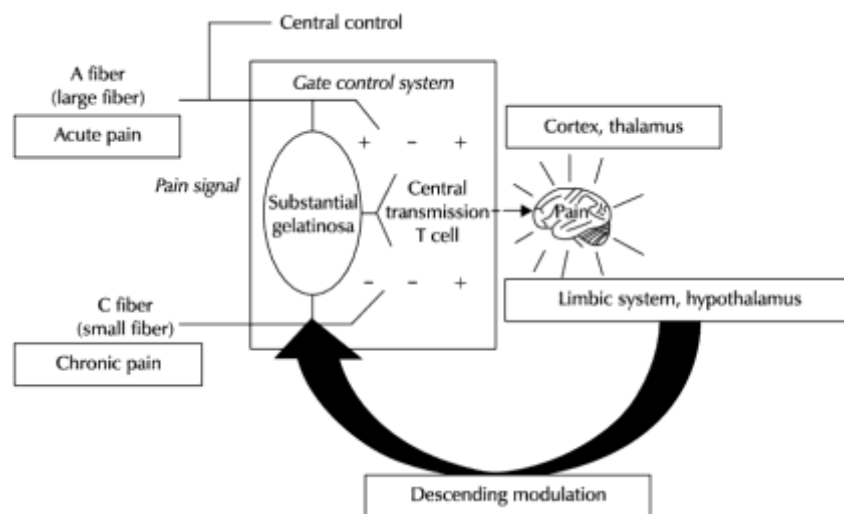
sudah diketahui, dengan daerah yang terasa nyeri dapat diidentifikasi. Karakteristik nyeri akut meliputi peningkatan ketegangan otot dan kecemasan, yang berkontribusi terhadap meningkatnya persepsi nyeri (Pinzon, 2016).

b. Fisiologi

Teori *Gate Control* yang diperkenalkan oleh Melzack dan Wall menjelaskan yaitu transmisi impuls nyeri dapat dimodulasi pada tingkat medula spinalis melalui suatu mekanisme “gerbang”. Teori ini menggabungkan pengaruh sistem saraf pusat terhadap persepsi nyeri dan menegaskan bahwa faktor psikologis seperti perhatian, emosi, pengalaman sebelumnya, dan kognisi berperan penting dalam meningkatkan atau menurunkan sensasi nyeri. Hal ini menunjukkan bahwa nyeri merupakan hasil interaksi antara stimulus perifer dan sistem pengendalian sentral melalui jalur desendens (Fink & Raffa, 2024).

Menurut Ningtyas *et al.*, 2023, nosisepsi merupakan proses fisiologis yang berhubungan dengan persepsi nyeri. Dalam konteks tindakan *sectio caesarea*, proses nyeri yang paling relevan adalah tahap transduksi. Tahap ini terjadi ketika stimulus berbahaya (seperti insisi bedah, tarikan jaringan, atau iritasi mekanis selama *sectio caesarea*) menstimulasi pelepasan mediator biokimia, seperti prostaglandin, bradikinin, histamin, dan substansi P, pada nosiseptor perifer. Ini meningkatkan sensitivitas saraf terhadap nyeri (Ningtyas

et al., 2023). Prosedur bedah ini secara langsung menyebabkan trauma perifer, seperti pemotongan kulit, otot, dan uterus, yang memulai transduksi. Meskipun anestesi selama operasi menekan fase ini, efeknya hilang sekitar 2 jam pasca-persalinan, sehingga transduksi menjadi dasar nyeri yang dirasakan setelahnya.



Gambar 1 *Gate Control Theory of Pain*

c. Faktor – Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Menurut Dewi et al. (2025), faktor-faktor yang memengaruhi nyeri yaitu ;

1) Kelemahan

Kelemahan fisik dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan individu dalam mengatasinya.

2) Jenis Kelamin

Perbedaan hormonal dan biologis menyebabkan persepsi nyeri pada laki-laki dan perempuan dapat berbeda.

3) Usia

Usia memengaruhi kemampuan seseorang dalam merasakan, mengekspresikan, dan merespons nyeri.

4) Genetik

Faktor genetik dapat memengaruhi sensitivitas individu terhadap rangsangan nyeri.

5) Faktor Psikologis

Kecemasan, stres, dan depresi dapat meningkatkan persepsi serta intensitas nyeri yang dirasakan.

6) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya dapat memengaruhi respons seseorang terhadap nyeri yang dialami saat ini.

7) Budaya

Nilai dan kebiasaan budaya memengaruhi cara individu memaknai dan mengekspresikan nyeri.

d. Tanda dan Gejala

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri akut sebagai berikut ;

Tabel 2 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
1. Pasien mengeluhkan adanya sensasi nyeri	1. Wajah pasien terlihat meringis 2. Pasien bersikap protektif 3. Pasien tampak cemas 4. Frekuensi nadi pasien meningkat 5. Pasien mengalami kesulitan tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
(tidak terdapat indikator subjektif)	1. Tekanan darah pasien meningkat 2. Pola napas pasien berubah 3. Nafsu makan pasien berubah 4. Proses berpikir pasien terganggu 5. Pasien menarik diri dari lingkungan 6. Pasien berfokus pada diri sendiri 7. Pasien mengalami produksi keringat berlebih

e. Pengukuran Nyeri

Beberapa pendekatan tersedia untuk mengidentifikasi dampak nyeri melalui evaluasi skala nyeri akut dan kronik, yang mencakup skala nyeri unidimensional dan multidimensional, serta penilaian pada populasi spesifik (Ningtyas *et al.*, 2023). Evaluasi skala nyeri akut memanfaatkan skala nyeri unidimensional, di mana beberapa metode termasuk *Visual Analog Scale* (VAS), *Verbal Rating Scale* (VRS), *Numeric Rating Scale* (NRS), dan *Wong Baker Faces Pain Rating Scale* (Ningtyas *et al.*, 2023).

Penelitian ini menerapkan *Numeric Rating Scale* (NRS) sebagai metode pengukuran. Instrumen *Numeric Rating Scale* (NRS) menawarkan sensitivitas, kemudahan pemahaman, serta sensitivitas tinggi terhadap variasi dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Skala tersebut unggul atas *Visual Analog Scale* (VAS) dalam nyeri akut serta cocok diterapkan pada anak berusia ≥ 5 tahun. NRS memanfaatkan rentang skor 0–10, baik dalam bentuk verbal maupun visual, dengan pengelompokan 0 = bebas nyeri, 1–3 = nyeri ringan, 4–6 = nyeri sedang, serta 7–10 = nyeri berat. Proses pengukuran hanya memerlukan waktu kurang dari satu menit, menjadikannya efisien untuk asesmen nyeri, khususnya pada periode ≤ 24 jam pasca-penilaian awal. Keterbatasan tersebut muncul dari minimnya variasi istilah deskriptif nyeri, sehingga sulit membedakan intensitas secara detail, ditambah asumsi kesetaraan jarak antar-kategori nyeri (Ningtyas *et al.*, 2023).

Penelitian tugas akhir dengan judul “Penerapan *Slow Stroke Back Massage* terhadap Intensitas Nyeri pada Ibu *Post Partum* dengan Riwayat Tindakan Persalinan *Section Caesarea*” memanfaatkan lembar penilaian nyeri yang mengacu pada *Numeric Rating Scale* (NRS) sebagai alat ukurnya. Alat ini digunakan untuk menilai tingkat nyeri pada ibu postpartum yang pernah menjalani *section caesarea*, baik sebelum maupun setelah diberikan intervensi *Slow Stroke Back Massage*. Peneliti memilih *Numeric Rating Scale*

karena instrumen ini mudah dipahami oleh peserta, mampu mencerminkan intensitas nyeri secara subjektif, dan sesuai untuk kondisi nyeri akut setelah operasi.

Proses validasi alat penilaian nyeri dengan *Numeric Rating Scale* dilakukan melalui *content validity*, yang melibatkan penilaian dari ahli seperti dosen dan praktisi keperawatan maternitas. Setiap bagian instrumen dinilai berdasarkan kesesuaiannya dengan pengertian nyeri *postpartum* pasca *sectio caesarea*, kejelasan penyusunan kalimat, serta kaitannya dengan tujuan penelitian. Hasil penilaian ahli menunjukkan bahwa instrumen tersebut layak digunakan tanpa modifikasi signifikan. Selain itu, *Numeric Rating Scale* telah banyak digunakan dan terbukti valid dalam berbagai studi keperawatan, khususnya untuk mengukur nyeri setelah prosedur pembedahan.

Reliabilitas alat penilaian nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* dianggap memadai karena menunjukkan tingkat konsistensi yang tinggi, seperti yang terlihat dalam banyak penelitian dengan koefisien reliabilitas di atas 0,70. Dalam penelitian ini, reliabilitas instrumen diperkuat dengan penggunaan metode pengukuran yang serupa, pelaksanaan kajian oleh peneliti yang sama, serta waktu dan situasi pengukuran nyeri yang relatif seragam.



Gambar 2 *Numeric Rating Scale*

3. Konsep Slow Stroke Back Massage

Slow stroke back massage (SSBM) merupakan salah satu teknik untuk mengatasi nyeri, berikut penjelasan lengkap dari *Slow stroke back massage* (SSBM) ;

a. Definisi *Slow stroke back massage*

Slow stroke back massage (SSBM) adalah teknik pijat yang dilakukan dengan gerakan tangan lambat, berirama, dan lembut pada punggung pasien, dengan kecepatan sekitar 60 gerakan per menit dan membutuhkan waktu sekitar 20 menit (Oktaviani *et al.*, 2023). *Slow stroke back massage* merupakan manipulasi jaringan tubuh menggunakan pijatan ringan untuk menghasilkan efek relaksasi dan penurunan nyeri.

b. Indikasi

Teknik pijat punggung *slow stroke* direkomendasikan untuk pasien yang mengalami hipertensi, kecemasan, ketidaknyamanan atau nyeri, gangguan tidur, serta keluhan ketegangan dan ketegangan

pada area punggung dan bahu (Astuti *et al.*, 2025; Fajrin *et al.*, 2024; Hermawan *et al.*, 2025; Wisuda *et al.*, 2025).

c. Kontraindikasi

Teknik *slow stroke back massage* tidak direkomendasikan untuk pasien yang menunjukkan ketidak kooperatifan selama pelaksanaan terapi tersebut, serta bagi pasien yang didiagnosis mengalami fraktur tulang rusuk atau tulang belakang, luka bakar, eritema atau iritasi kulit, dan ulkus terbuka (Astuti *et al.*, 2025).

d. Teknik

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Tuti Meihartati (2015, dalam Oktaviani, 2023:97) teknik *slow stroke back massage* telah terbukti memberikan efek positif setelah diterapkan dan sangat efektif dalam mengurangi nyeri pada daerah perineum. Hal ini terjadi karena metode tersebut membantu pasien merasa lebih tenang, sehingga meningkatkan rasa nyaman dan membebaskan mereka dari ketegangan serta stres yang disebabkan oleh kondisi kesehatan yang sedang dialami.

Efektivitas *slow stroke back massage* dalam menurunkan nyeri berkaitan dengan mekanisme kerja terapi yang memberikan stimulasi lembut pada kulit dan jaringan tubuh. *Slow stroke back massage* merupakan manipulasi jaringan tubuh menggunakan pijatan ringan untuk menghasilkan efek relaksasi dan penurunan nyeri. Gerakan pijatan dilakukan sebanyak 60 kali selama 10 menit dan diberikan selama 3 hari berturut-turut (Astuti *et al.*, 2025).

Stimulasi pada kulit mengakibatkan keluarnya endorfin yang dapat menghambat transmisi stimulus nyeri. Karakteristik teknik ini meliputi pijatan memanjang, lambat, meluncur, serta gerakan membelai yang dilakukan secara bersamaan dan berulang dari daerah sakral hingga servikal pada tulang belakang (Sunaryanti et al., 2023). *Slow stroke back massage* diberikan 4 jam setelah pemberian analgesik sebagai terapi nonfarmakologis (Janna et al., 2023).

Secara konseptual, SSBM bukanlah teknik pijat tunggal, melainkan integrasi beberapa teknik pijat utama yang dirancang untuk memberikan relaksasi dan kenyamanan, khususnya pada pasien pasca *sectio caesarea*. Teknik utama dalam SSBM adalah *effleurage*, yaitu usapan panjang dan lembut pada area punggung yang bertujuan meningkatkan aliran darah dan relaksasi jaringan. *Friction* ringan diterapkan melalui gerakan melingkar perlahan untuk meningkatkan kenyamanan sensorik dan relaksasi tanpa tekanan yang berlebihan. *Vibration* ringan juga dapat digunakan sebagai stimulasi sensorik halus untuk mendukung efek analgesik. Sebaliknya, teknik seperti *tapotement* dan *petrissage* tidak digunakan dalam SSBM karena berpotensi menimbulkan stimulasi berlebihan dan ketidaknyamanan pada pasien pascaoperasi.

Slow stroke back massage merupakan bentuk manipulasi dengan pijatan ringan pada jaringan tubuh yang memberikan

dampak fisiologis pada sistem vaskular, muskular, dan saraf. Terapi ini tidak hanya memberikan efek relaksasi, tetapi juga membantu memperbaiki sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah, mengurangi respons nyeri, serta meningkatkan kualitas tidur (Sunaryanti et al., 2023). Sebagai bagian dari manajemen nyeri nonfarmakologis (*Non-Pharmacological Pain Management/NPPM*), SSBM dilakukan tanpa penggunaan obat-obatan (Tsegaye et al., 2023). Intervensi nonfarmakologis tidak menggantikan terapi farmakologis, tetapi berfungsi sebagai terapi pendamping yang efektif terutama dalam penatalaksanaan nyeri ringan hingga sedang (Tsegaye et al., 2023).

Gerakan *Slow Stroke Back Massage*;

- 1) Peneliti memegang bahu pasien menggunakan kedua tangan, sambil meletakkan ibu jari di pangkal tengkorak pada kedua sisi dan melakukan gerakan rotasi kecil pada leher.
- 2) Permukaan dari pangkal tengkorak hingga sakrum dibelai menggunakan telapak satu tangan, lalu prosedur diulangi pada sisi tulang belakang lainnya dengan telapak tangan yang berbeda, sementara tangan pertama kembali ke pangkal tengkorak.
- 3) Tangan ditempatkan di kedua sisi leher di bawah telinga, kemudian dilakukan sapuan ke bawah menuju tulang klavikula

tepat pada skapula menggunakan ibu jari, dan prosedur ini diulang beberapa kali.

- 4) Ibu jari diletakkan di kedua sisi tulang belakang dekat bahu, lalu gerakan ke arah pinggang; selanjutnya telapak tangan ditempatkan di kedua sisi leher, kemudian dilakukan sapuan teratur ke leher, seluruh bahu, dan ke bawah menuju tulang belakang (Oktaviani *et al.*, 2023).



Gambar 3 Teknik Pijat *Slow Stroke Back Massage*

4. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Identitas

Mencakup identitas, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, kepercayaan, status pernikahan, profesi serta tanggal masuk rumah sakit. Usia merupakan aspek krusial sebab turut menentukan prognosis kehamilan. Apabila usia sangat tua atau sangat muda, maka kelahiran lebih tinggi risikonya.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Umumnya pada penderita pasca tindakan bedah caesar mengadu sakit pada area bekas operasi, aduan tersebut dijelaskan memanfaatkan evaluasi PQRST.

P: Pemicu paliatif, yakni menilai dampak munculnya keluhan, unsur-unsur apa yang meringankan dan memperburuk kondisi atau keluhan itu yang berkembang dari keluhan pokok. Pada pasca melahirkan dengan SC lazimnya penderita mengeluhkan nyeri terasa meningkat apabila penderita banyak beraktivitas dan terasa menurun apabila penderita rehat

Q : *Quality Quantity*, mengkaji berat keluhan terasa, jenis rasa nyeri. Pada pasca melahirkan dengan SC lazimnya

penderita merasakan sakit yang amat pedih seperti di iris - iris.

R : *Region*/radiasi, tempat keluhan itu terasa atau ditemui, adanya ekspansi ke zona lain. Pasien post SC mengeluh nyeri pada luka jahitan di daerah abdomen dan tidak ada ekspansi ke zona lain

S : *Severity Scale*, kekuatan keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat. Skala nyeri yang dirasakan pasien dan seberapa besar gangguannya dihitung dengan skala nyeri 0-10

T : *Timing*, kapan keluhan ditemui atau terasa, seberapa sering terasa atau muncul, secara bertahap. Pada pasien pasca melahirkan dengan SC lazimnya sakit terasa datang pergi dengan frekuensi tak pasti bergantung kegiatan yang dilakukan.

b) Riwayat Penyakit Keluarga

Pengkajian riwayat kesehatan meliputi identifikasi penyakit yang diderita oleh pasien. Pengkajian juga mencakup penelusuran riwayat penyakit dalam keluarga, termasuk adanya penyakit yang sama atau riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit jantung.

3) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Anamnesis menstruasi memberikan gambaran mengenai fungsi alat reproduksi yang mencakup usia menarche, lama menstruasi, siklus haid, karakteristik darah haid, adanya dismenore, hari pertama haid terakhir, serta penggunaan produk sanitasi selama menstruasi.

b) Riwayat Perkawinan

Pengkajian riwayat perkawinan meliputi usia saat menikah, usia pasien dan suami pada saat pernikahan, serta urutan pernikahan bagi pasien dan pasangan.

c) Riwayat Kontrasepsi

Pengkajian riwayat kontrasepsi mencakup jenis alat kontrasepsi yang pernah digunakan, penggunaan kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan, serta rencana penggunaan kontrasepsi setelah melahirkan karena beberapa metode kontrasepsi dapat mempengaruhi kondisi ibu dan janin.

4) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan dahulu

Pengkajian riwayat kehamilan sebelumnya meliputi tanggal terminasi kehamilan, usia gestasi, serta adanya komplikasi obstetri seperti preeklampsia atau gangguan kehamilan lainnya.

b) Riwayat kehamilan sekarang

Pengkajian kehamilan saat ini meliputi usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, waktu pertama kali gerakan janin dirasakan, status imunisasi TT, perubahan berat badan selama kehamilan, serta tempat dan keteraturan pemeriksaan kehamilan.

5) Riwayat Persalinan

a) Riwayat persalinan dahulu

Pengkajian persalinan sebelumnya meliputi usia kehamilan saat persalinan, tanggal persalinan, jenis persalinan, tempat persalinan, berat badan lahir bayi, jenis kelamin bayi, adanya kelainan kongenital, serta status kehidupan bayi dan penyebab kematian bila terjadi.

b) Riwayat persalinan sekarang

Pengkajian persalinan saat ini meliputi urutan persalinan, tanggal melahirkan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin bayi, berat badan bayi, serta nilai APGAR pada lima menit pertama.

6) Riwayat Nifas

a) Riwayat nifas dahulu

Pengkajian riwayat nifas sebelumnya mencakup adanya keluhan atau komplikasi yang pernah dialami selama masa nifas.

b) Riwayat nifas sekarang

Pengkajian nifas saat ini meliputi adanya perdarahan, jumlah lochea, kontraksi uterus, konsistensi uterus, serta tinggi fundus uteri yang umumnya setinggi pusat pada awal masa nifas.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Respirasi

Pasien post *sectio caesarea* berisiko mengalami gangguan respirasi seperti obstruksi jalan napas, ventilasi tidak adekuat, dan henti napas.

b) Nutrisi

Pengkajian nutrisi meliputi kebiasaan makan dan minum sebelum dan selama sakit, jenis dan frekuensi makanan, porsi makan, makanan selingan, makanan yang disukai, pantangan, serta riwayat alergi makanan. Ibu post *sectio caesarea* sering mengalami penurunan nafsu makan akibat efek sisa anestesi dan nyeri pascaoperasi.

c) Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pola buang air besar dan buang air kecil yang mencakup frekuensi, konsistensi, warna, bau, serta adanya darah. Pergerakan usus normal umumnya kembali dalam waktu dua sampai tiga hari postpartum setelah tonus usus pulih.

d) Istirahat tidur

Pengkajian istirahat tidur meliputi pola tidur malam dan siang, durasi tidur, serta keluhan tidur. Pasien post *sectio caesarea* sering mengalami gangguan tidur akibat nyeri luka operasi dan ketidaknyamanan akibat pemasangan kateter.

e) Mempertahankan temperature tubuh dan sutkulan

Pasien post *sectio caesarea* dapat mengalami gangguan regulasi suhu tubuh dengan suhu tubuh mencapai sekitar 37,5°C.

f) Kebutuhan *personal hygiene*

Pengkajian *personal hygiene* meliputi frekuensi mandi, menggosok gigi, dan mencuci rambut. Ibu post *sectio caesarea* umumnya memerlukan bantuan dalam perawatan diri akibat kondisi lemah pasca operasi.

g) Aktivitas

Pengkajian aktivitas meliputi kegiatan sehari-hari dan aktivitas sebelum dan selama perawatan di rumah sakit. Nyeri pada area operasi menyebabkan pasien membatasi pergerakan dan aktivitas fisik.

8) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Pasien postpartum umumnya memiliki kesadaran *compos mentis* dengan penampilan cukup baik, meskipun tampak pucat dan lemah.

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda vital menunjukkan suhu tubuh sedikit meningkat, frekuensi nadi 65–80 kali per menit, tekanan darah stabil, dan frekuensi napas dalam batas normal.

c) Antropometri

Pengukuran antropometri meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, dan berat badan setelah melahirkan. Ibu postpartum umumnya mengalami penurunan berat badan sekitar lima hingga enam kilogram akibat pengeluaran bayi, plasenta, dan darah.

d) Pemeriksaan *Head to Toe*

- (1) Pemeriksaan kepala menilai bentuk, rambut, dan kondisi kulit kepala.
- (2) Pemeriksaan wajah menilai bentuk wajah, adanya edema, dan chloasma gravidarum.
- (3) Pemeriksaan mata menilai konjungtiva, sklera, refleks pupil, dan fungsi penglihatan.

- (4) Pemeriksaan telinga menilai simetri, kebersihan, fungsi pendengaran, dan nyeri tekan.
- (5) Pemeriksaan mulut menilai kondisi bibir, mukosa, lidah, gigi, serta fungsi menelan.
- (6) Pemeriksaan leher menilai pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
- (7) Pemeriksaan dada menilai pernapasan, pergerakan dinding dada, dan bunyi napas tambahan.
- (8) Pemeriksaan jantung menilai bunyi jantung S1 dan S2 tanpa adanya murmur atau gallop.
- (9) Pemeriksaan payudara menilai bentuk, simetri, kondisi puting, dan pengeluaran kolostrum.
- (10) Pemeriksaan abdomen menilai distensi, kondisi luka operasi, striae, linea gravidarum, serta tinggi fundus uteri.
- (11) Pemeriksaan ekstremitas menilai perubahan muskuloskeletal dan adanya edema.
- (12) Pemeriksaan genetalia menilai kebersihan, edema vulva, serta jenis dan jumlah lochea.

b. Diagnosa

Diagnosis adalah penilaian klinis mengenai pengalaman atau reaksi individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan, risiko gangguan kesehatan, atau proses kehidupan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan diperlukan diagnosis standar yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia, dengan merujuk pada standar diagnosis internasional yang telah ditetapkan sebelumnya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada masalah nyeri pada ibu post-partum dengan riwayat SC, berdasarkan buku SDKI, antara lain:

- 1) Nyeri akut terkait dengan agen cedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik terkait dengan nyeri
- 3) Gangguan pola tidur terkait dengan kurangnya kontrol terhadap tidur
- 4) Menyusui tidak efektif terkait dengan ketidakcukupan produksi ASI
- 5) Risiko infeksi terkait dengan efek prosedur invasif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077) (PPNI Tim Pokja SDKI DPP, 2019)	Tingkat Nyeri (SLKI L. 08066) (PPNI Tim Pokja SLKI DPP, 2019) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis berkurang 3. Sikap protektif berkurang 4. Gelisah berkurang 5. Kesulitan tidur berkurang 6. Frekuensi nadi membaik	Terapi Pemijatan (SIKI I.08251) (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2018) Observasi 1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (mis. penurunan trombosit gangguan integritas kulit deep vein thrombosis, area lesi, kemerahan atau radang, tumor, dan hipersensitivitas terhadap sentuhan 2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 3. Monitor respons terhadap pemijatan Terapeutik 4. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 5. Pilih area tubuh yang akan dipijat 6. Cuci tangan dengan air hangat 7. Siapkah lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi 8. Buka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan

Diagnosis Keperawatan	Perencanaan Keperawatan
Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan
	9. Tutup area yang tidak terpajan (mis. dengan selimut, seprai, handuk mandi) 10. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu) 11. Lakukan pemijatan secara perlahan 12. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat
	Edukasi
	13. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi 14. Anjurkan rileks selama pemijatan 15. Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seri aktivitas yang dilaksanakan oleh tenaga medis untuk mendukung pasien menangani masalah kesehatan yang dialami, agar mereka mampu meraih kondisi kesehatan yang sesuai dengan standar pencapaian yang sudah ditetapkan. Kriteria untuk melaksanakan aktivitas tersebut melibatkan pasien dalam tahap pengobatan, berkolaborasi bersama tim kesehatan lainnya, melaksanakan intervensi keperawatan untuk menangani tantangan kesehatan pasien, dan menyampaikan pendidikan kepada pasien serta keluarganya tentang kemampuan perawatan mandiri (Bustan & Purnama, 2023).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah fase terakhir dalam tahapan asuhan keperawatan yang menunjukkan apakah sasaran dari tindakan keperawatan sudah terwujud atau jika diperlukan strategi berbeda. Dokumentasi evaluasi keperawatan berfungsi sebagai catatan mengenai perkembangan pasien menuju sasaran yang ditetapkan. Proses ini menilai efektivitas pengobatan dan menyampaikan kondisi kesehatan pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan, dan menyediakan data untuk melakukan peninjauan pengobatan yang cocok dengan situasi pasien setelah evaluasi (Bustan & Purnama, 2023).

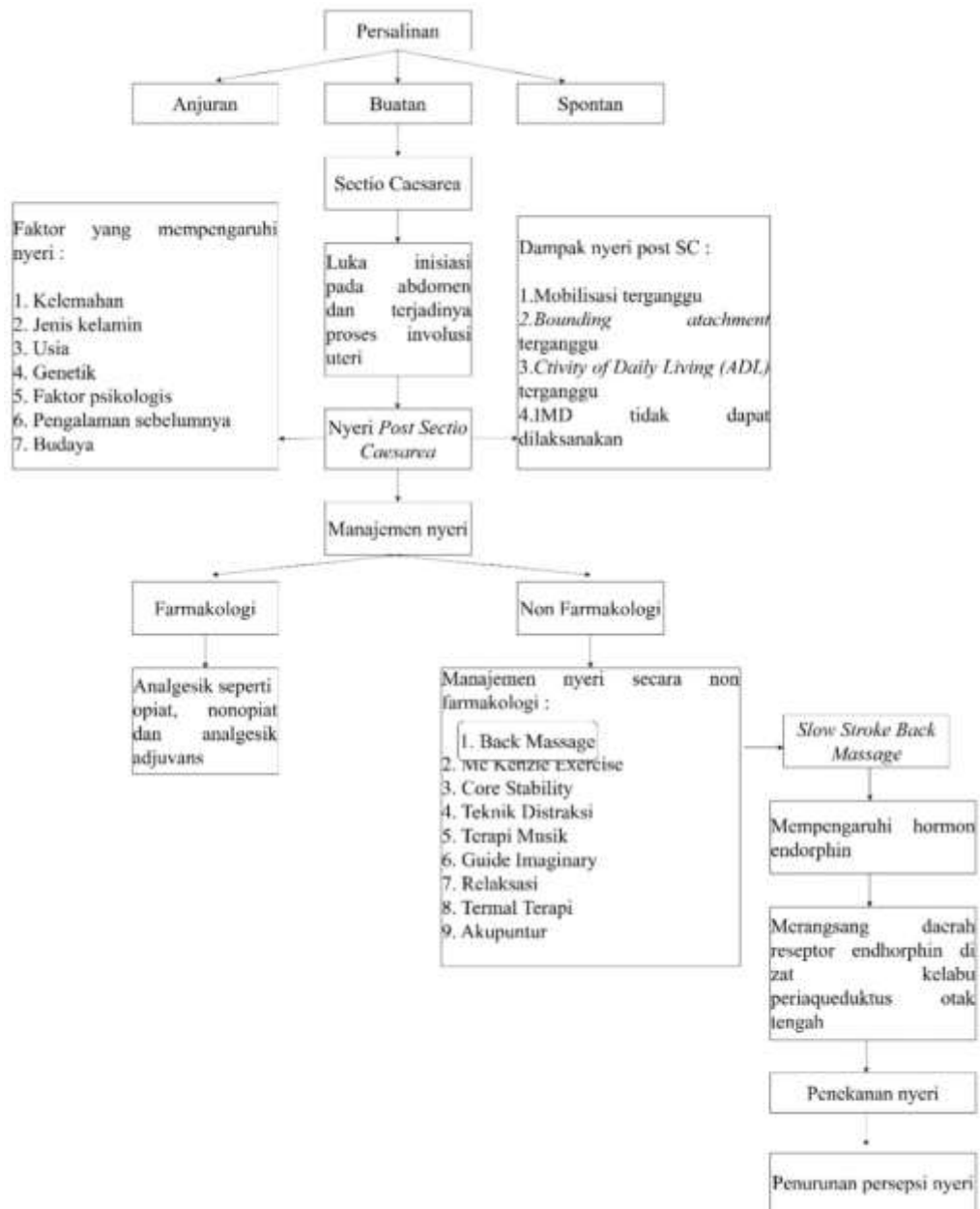
f. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tentang kondisi bio-psikososial-spiritual pasien dan tindakan perawat terhadap pasien sejak pasien tiba di fasilitas kesehatan sampai pasien keluar. Dokumentasi tersebut berfungsi sebagai alat komunikasi antar pemberi asuhan, perencanaan pelayanan, audit, penelitian, pendidikan, penggantian biaya, bukti hukum, dan analisis layanan kesehatan. Proses dokumentasi mencakup pengkajian awal, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) memanfaatkan struktur SOAP Subjektif, Objektif, Analisis, dan Perencanaan (Nellisa *et al.*, 2022).

Prinsip-prinsip utama dokumentasi menurut (Gasper *et al.*, 2025) mencakup

- 1) Dokumentasi harus segera dilakukan setelah pengkajian awal dan setiap tahap tindakan keperawatan.
- 2) Catat respons pasien atau keluarga terhadap informasi penting tentang kondisi pasien
- 3) Pastikan semua data yang dicatat akurat
- 4) Data harus objektif, mencerminkan apa yang diamati perawat, mulai dari pengkajian hingga evaluasi, tanpa interpretasi pribadi
- 5) Dokumentasikan secara rinci jika ada perubahan situasi, masalah baru, atau tanggapan pasien terhadap panduan tenaga kesehatan

B. Kerangka Teori



Sumber : (Syahruramdhani, 2023; Ningtyas *et al.*, 2023; Rahmawati & Mukhoirotin, 2024; Astutiningtyas & Machmudah, 2024)