

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Seksio Sesarea

1. Pengertian seksio sesarea

Untuk melahirkan janin dari rahim melalui operasi caesar, sayatan dibuat di dinding rahim melalui dinding perut bagian depan atau dinding vagina, atau dilakukan histerotomi (Aspiani, 2017).

Interpretasi alternatif dari operasi caesar adalah penggunaan persalinan buatan untuk melahirkan janin dan rahim secara utuh melalui sayatan di dinding perut, dengan berat janin melebihi 500 gram (Sugito et al., 2022).

2. Indikasi seksio sesarea

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Indikasi yang berasal dari pihak ibu seperti meliputi plasenta previa, terutama pada primigravida, riwayat kesehatan yang kurang baik selama kehamilan dan persalinan, penyempitan panggul, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan seperti preeklamsia-eklamsia, sesuai permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (mis, penyakit jantung, diabetes mellitus), gangguan proses persalinan (misalnya kista ovarium, mioma uteri), preeklampsia berat (PEB), dan ketuban pecah dini, sebelumnya pernah sectio caesarea.

b. Indikasi yang berasal dari janin

Gawat janin atau gawat darurat, tali pusat prolaps dengan lubang kecil, persalinan vakum atau kegagalan ekstraksi forseps (Hutabarat et al., 2023).

3. Kontraindikasi seksio sesarea

Kontra indikasi untuk dilakukan persalinan seksio sesarea diantaranya janin yang meninggal, kondisi syok, anemia berat, dan kelainan kongenital yang parah (Sugito et al., 2022).

4. Klasifikasi seksio sesarea

a. Seksio sesarea klasik

Seksio sesarea klasik memiliki insisi vertikal ke bagian atas tubuh uterus sehingga lebih banyak ruang untuk janin keluar. Dalam kasus perdarahan, infeksi, atau rupture yang lebih besar daripada kelahiran serta dalam beberapa kasus dengan plasenta previa dan presentasi bahu maka dilakukan seksio sesarea klasik ini.

b. Seksio sesarea dengan sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih

Metode ini sangat umum digunakan karena mengurangi kemungkinan perdarahan dan mempercepat penyembuhan.

c. Histerektomi sesarea

Metode bedah sesarea ini diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan jika perdarahan sulit ditangani atau jika plasenta tidak bisa terpisah dari rahim.

d. Ekstraperitoneal seksio sesarea

Ekstraperitoneal seksio sesarea ini adalah bedah sesarea berulang yang dilakukan pada pasien yang telah menjalani bedah sesarea sebelumnya. Proses ini biasanya dilakukan di atas bekas luka yang telah lama terjadi (Herlina et al., 2024).

5. Komplikasi seksio sesarea

Komplikasi dari seksio sesarea yaitu antara lain :

- a. Infeksi puerperalis atau nifas dapat bervariasi tingkat keparahannya, mulai dari infeksi jinak yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh secara singkat selama beberapa hari, infeksi sedang yang disertai dehidrasi dan suhu tubuh yang lebih tinggi, hingga infeksi berat yang menyebabkan peritonitis dan ileus paralitik.
- b. Perdarahan diakibatkan atonia uteri atau cedera pembuluh darah yang disebabkan oleh prosedur pembedahan.
- c. Trauma kandung kemih yang diakibatkan oleh laserasi yang dibuat selama operasi caesar.
- d. Risiko ruptur uteri pada kehamilan berikutnya karena garis kerentanan yang diciptakan oleh sayatan yang dibuat selama operasi dinding rahim secara signifikan meningkatkan kemungkinan pecahnya rahim pada persalinan berikutnya (Maryati, 2022).

B. Konsep Dasar Nyeri Pada Ibu Post Seksio Sesarea

1. Pengertian nyeri post seksio sesarea

Nyeri pasca operasi terjadi ketika proses patologis (cedera jaringan) memanifestasikan dirinya dalam bentuk aktivitas sensorik dan emosional, yang kemudian berdampak pada saraf sensorik. Reaksi ini mengakibatkan rasa tidak nyaman. Nyeri biasanya akan mulai menurun pada hari ke-3. Nyeri dapat diketahui dari respon fisiologis tubuh pasien seperti pasien akan tampak meringis kesakitan, berkeringat, pucat, menangis yang ditandai dengan perubahan status hemodinamik

yang dapat diukur seperti peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi dan pernafasan (Sugito et al., 2022).

2. Penyebab nyeri post seksio sesarea

Penyebab nyeri post operasi seksio sesarea dikarenakan adanya kerusakan pada jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah abdomen akibat dari tindakan insisi dinding abdomen hingga uterus yang akan merangsang pengeluaran histamin, bradikinin, dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri. Rangsangan pada reseptor nyeri ini akan diteruskan ke dorsal spinal hingga impuls nyeri mencapai medulla spinalis, thalamus akan mentransmisikan informasi ke susunan saraf pusat di otak, sistem limbik, korteks dan sematosensori untuk mempersepsikan nyeri (Sugito et al., 2022).

3. Fisiologis nyeri

Pembedahan SC dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut, yang akan mengganggu kontinuitas saraf, pembuluh darah, dan jaringan di area sayatan. Hal ini akan memicu sekresi prostaglandin dan histamin, yang berfungsi sebagai reseptor nyeri dan menimbulkan rasa nyetit. Rangsangan reseptor nyeri mengirimkan impuls ke korteks serebral melalui serabut saraf perifer, melintasi kornu dorsalis dan korda spinalis. Sistem saraf desenden dan serabut tractus sensorii asenden saling berhubungan di lokasi ini, di mana serabut perifer berakhir dan serabut tractus sensorii asenden dimulai. Aktivasi interkoneksi neuron pada kornu dorsalis dapat menghambat atau mengganggu transmisi informasi yang menyakitkan atau menstimulasi nyeri pada traktus asendens. Istilah "kontrol gerbang" sering diterapkan pada wilayah ini. Teori ini menyatakan bahwa mekanisme persarafan memodulasi impuls yang masuk ke kornu dorsalis melalui

"gate control" untuk meningkatkan atau menurunkan intensitas persepsi nyeri. Serabut nyeri dapat menyusup ke sumsum tulang belakang melalui berbagai jalur saraf. Sinyal nyeri mampu berinteraksi dengan sel-sel saraf. Korteks serebral menerima rangsangan nyeri, setelah itu otak mengevaluasi intensitas nyeri. Begitu rasa nyeri mencapai otak, maka secara sadar akan dialami dan memunculkan respons dalam bentuk ucapan dan perilaku yang sesuai dengan intensitasnya. Perilaku yang ditunjukkan sebagai respons terhadap rangsangan nyeri, seperti menghindarinya, atau mengucapkan kata seperti "aduh" (Sugito et al., 2022).

4. Dampak nyeri post seksio sesarea

Nyeri akibat operasi akan sangat memberi dampak terhadap fisik, perilaku serta aktivitas keseharian yang dilalui pasien dengan gambaran sebagai berikut (Sugito et al., 2022) :

a. Fisik

Respon fisiologis dapat menunjukkan adanya nyeri serta upaya tubuh dalam menghadapi rasa nyeri yang dapat dilihat dari adanya perubahan tanda-tanda vital dari pemeriksaan fisik. Peningkatan tekanan darah, denyut jantung, serta frekuensi pernafasan cenderung terjadi saat nyeri dirasakan.

b. Perilaku

Interaksi sosial akan memburuk seiring dengan respons vokal, mimik wajah, dan gerakan tubuh yang khas yang menyertai rasa nyeri yang dialami. Ekspresi wajah yang sering muncul adalah gelisah, tidak dapat bergerak, meringis, mengerutkan dahi, menggigit bibir, tegang otot, menghindari interaksi sosial, melakukan gerakan untuk melindungi area yang terasa nyeri, dan berkonsentrasi hanya pada aktivitas yang mengurangi nyeri.

c. Aktivitas

Nyeri akan mengakibatkan intoleransi dalam aktivitas rutin seperti kesulitan dalam melakukan tindakan merawat diri serta dapat mengganggu aktivitas sosial. Nyeri juga dapat membatasi mobilisasi pasien dalam tingkatan tertentu.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Suprpti et al (2023) diantaranya :

a. Usia

Anak-anak tidak diragukan lagi kesulitan dalam memahami dan mengartikulasikan nyeri yang dirasakan. Orang dewasa dan lansia sering mengalami rasa sakit dari berbagai sumber dan terkadang lebih terbiasa dengan rasa sakit tersebut, karena hal ini merupakan aspek yang tidak dapat dihindari dari proses penuaan.

b. Jenis kelamin

Secara keseluruhan, respons nyeri pada pria dan wanita tidak berbeda secara substansial. Beberapa budaya memiliki keyakinan bahwa pria harus mampu menyembunyikan rasa sakit dengan, misalnya, tidak menunjukkan rasa tidak nyaman atau menangis.

c. Budaya

Penilaian nyeri dapat dibantu dengan kesadaran budaya dan pemahaman tentang perbedaan nilai; respons perilaku terhadap nyeri juga berkhasiat dalam meringankan nyeri klien.

d. Ansietas

Kecemasan yang berhubungan dengan nyeri atau kecemasan itu sendiri dapat meningkatkan persepsi nyeri klien. Kecemasan yang tidak berhubungan dengan nyeri memiliki potensi untuk mengalihkan perhatian klien dan pada kenyataannya mengurangi persepsi mereka tentang nyeri.

e. Pengalaman nyeri di masa lalu

Setiap orang akan memperoleh pengetahuan dari pengalaman nyeri sebelumnya. Ketika jenis nyeri yang sama berulang kali dialami dan diredakan, individu biasanya lebih mudah dalam menjelaskan sensasi nyerinya dan cenderung memiliki kesiapan yang lebih dalam melaksanakan upaya pencegahan yang dibutuhkan dalam mencegah ketidaknyamanan lebih lanjut. Kecemasan atau ketakutan dapat muncul pada seseorang yang telah mengalami nyeri dalam waktu yang lama tanpa mengalami perbaikan atau pengurangan rasa sakit yang parah.

f. Dukungan keluarga

Selain itu, dukungan dari anggota keluarga mampu berpengaruh terhadap reaksi nyeri seseorang. Mereka yang merasakan nyeri sangat sering mengandalkan keluarga mereka dalam memperoleh perlindungan, bantuan, maupun dukungan atau motivasi. Anak-anak membutuhkan kehadiran orang tua mereka untuk mengatasi nyeri karena ini merupakan hal yang sangat penting.

g. Mekanisme koping

Ketika seseorang mengalami nyeri, mereka sering kali menyusun strategi untuk mengelola konsekuensi fisik dan psikologis dari nyeri tersebut. Individu yang mengalami nyeri bisa mengandalkan mekanisme koping seperti keyakinan

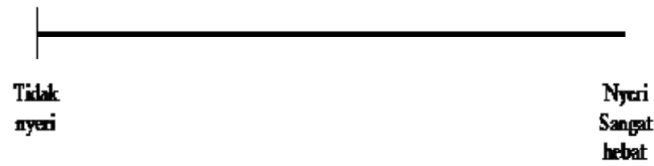
agama, komunikasi dengan keluarga, dan teknik manajemen nyeri untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

6. Pengukuran skala nyeri

Ketika memilih teknik manajemen nyeri, intensitas nyeri merupakan faktor penting. Untuk nyeri ringan, analgesik non-farmasi atau analgesik dasar dapat digunakan. Untuk nyeri yang parah, penggunaan obat mungkin diperlukan. Ada dua kategori skala nyeri yang berbeda unidimensional dan multidimensional. Skala nyeri unidimensi hanya menilai intensitas nyeri tanpa mengevaluasi konsekuensinya. Komponen rangsangan serabut saraf sensorik lebih terasa pada pasien dengan nyeri akut, maka skala ini dapat digunakan (Bachtiar, 2022). Contoh instrument dalam menilai skala nyeri unidimensional yaitu :

a. *Visual Analog Scale (VAS)*

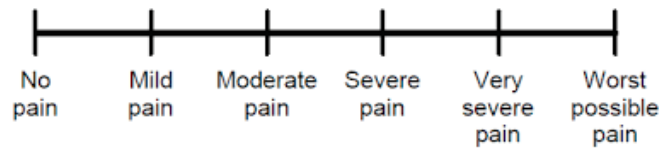
VAS merupakan salah satu instrumen yang paling umum digunakan untuk penilaian nyeri. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa VAS secara visual merepresentasikan perkembangan intensitas nyeri pasien. Menurut VAS, rentang nyeri memiliki panjang 10 cm. Pada kedua ujung garis tersebut, pernyataan deskripti ataupun bilangan dapat digunakan sebagai penanda. Ujung satu berada pada titik 0 atau tidak adanya nyeri dan ujung lainnya mewakili nyeri berat yaitu di titik 10 cm. Skala ini dapat dibuat secara vertikal dan horizontal. Manfaat dari penggunaan VAS adalah cara menggunakan sangat mudah dan sederhana. Namun dalam beberapa kondisi VAS tidak direkomendasikan untuk digunakan seperti pada pasien yang kurang kooperatif atau pasien dengan periode pascabedah, hal ini dikarenakan VAS sulit dinilai disebabkan kondisi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi pasien terganggu (Bachtiar, 2022).



Gambar 1 *Visual Analog Scale* (VAS)

b. *Verbal Rating Scale* (VRS)

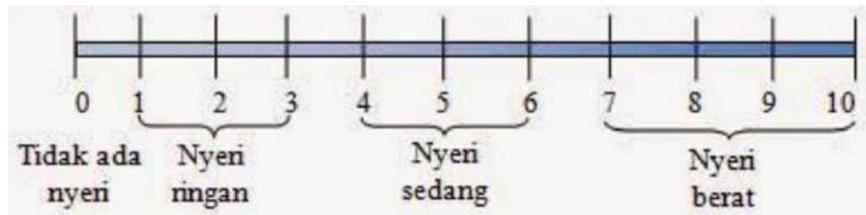
Skala ini mengklasifikasikan intensitas nyeri pada skala dari nol hingga sepuluh. Penilaian tingkat nyeri secara verbal menghilangkan kebutuhan akan gambar selama pengukuran skala nyeri menggunakan VRS. VRS sesuai untuk pasien pasca operasi karena koordinasi visual dan motorik tidak terlalu dibebani selama evaluasi ini. Skala verbal menggambarkan intensitas rasa sakit dengan menggunakan kata-kata dan bukan dengan garis atau angka (Bachtiar, 2022).



Gambar 2 *Verbal Rating Scale* (VRS)

c. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Penggunaan instrument NRS dinilai mudah serta intuitif. NRS sebagian besar dapat diterapkan dalam situasi yang melibatkan nyeri akut. NRS lebih cocok dipakai dalam praktik sehari-hari. Diperlukan waktu tidak lebih dari satu menit serta sangat praktik dalam perolehan skor NRS anda. Dengan menggunakan skala NRS, dikategorikan ke dalam tiga kategori yakni: nyeri ringan untuk skala 1-3, nyeri sedang untuk skala 4-6, dan nyeri berat pada skala 7-10 (Bachtiar, 2022).



Gambar 3 *Numeric Rating Scale (NRS)*

d. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong Baker Faces Pain Rating Scale adalah alat yang tepat untuk menilai intensitas nyeri pada individu hingga usia tiga tahun, termasuk orang dewasa (Bachtiar, 2022).



Gambar 4 *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

7. Manajemen Nyeri

a. Manajemen farmakologi

Analgesik adalah pendekatan yang umum digunakan untuk manajemen nyeri. Terdapat tiga kategori analgesik menurut Andarmoyo (2013) yakni antara lain:

1) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Secara umum, obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) meringankan nyeri ringan sampai sedang, termasuk nyeri yang kemungkinan disebabkan oleh artritis reumatoid, prosedur pembedahan kecil, prosedur gigi, episiotomi, atau masalah pada punggung bagian bawah. Dengan bekerja pada reseptor di saraf tepi, NSAID menghambat transmisi dan penerimaan rangsangan nyeri. Penghambatan sintesis

prostaglandin melalui mekanisme rantai asam asetat, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) mengurangi jumlah rangsangan nyeri yang mencapai sistem saraf pusat (SSP). Dengan menghambat sintesis berbagai prostanoid dan menghambat aktivitas siklooksigenase, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) mengurangi transmisi dan penerimaan rangsangan nyeri. NSAID tidak menyebabkan depresi pernapasan atau sedasi, juga tidak mengganggu proses berkemih atau buang air besar.

2) Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotika atau opiat sering diresepkan dan diberikan untuk mengatasi rasa nyeri mulai dari yang sedang hingga yang parah, termasuk kondisi seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Dengan memberikan efek analgesik pada sistem saraf pusat, zat-zat ini menghasilkan efek ganda, yaitu stimulasi dan depresi. Obat ini mengurangi rasa nyeri dengan menstimulasi reseptor opioid di sistem saraf pusat. Obat ini diaktifkan melalui reseptor mu (μ), yang mampu menghasilkan efek analgesik baik di sistem saraf pusat maupun perifer.

3) Obat tambahan (adjuvan)

Obat penenang, agen anti-kecemasan, dan pelemas otot adalah contoh obat tambahan yang meringankan rasa sakit atau gejala yang berhubungan dengan rasa sakit, termasuk mual dan muntah. Obat-obat ini dapat diberikan sendiri atau dikombinasikan dengan analgesik. Obat penenang sering diresepkan untuk pasien penyakit kronis. Obat ini berpotensi menyebabkan timbulnya ngantuk, gangguan koordinasi, rasa putus asa, serta kewaspadaan mental.

b. Manajemen Non-farmakologi

Selain pemberian obat yang tepat pada waktu yang tepat, manajemen nyeri yang efektif melibatkan kombinasi pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis dengan pemilihan metode ini dipandu oleh kebutuhan dan tujuan spesifik setiap pasien. Dalam banyak kasus, hasil yang paling baik diamati ketika intervensi ini dilaksanakan secara bersamaan. Ada beberapa jenis upaya dari segi non-farmakologi menurut (Rejeki, 2020) yakni sebagai berikut:

1) Relaksasi

Di Inggris, relaksasi adalah teknik manajemen nyeri non-farmakologis yang paling banyak digunakan. Dengan menerapkan edukasi dan latihan pernapasan, pendekatan ini beroperasi dengan premis bahwa nyeri dapat dikurangi melalui pengaturan sensasi nyeri dan intensitas reaksi yang diinduksi oleh nyeri. Relaksasi dicapai melalui pembentukan lingkungan yang tenang, penentuan postur tubuh yang nyaman, fokus dengan objek tertentu ataupun gambar visual, serta pelepasan rasa tegang.

2) Terapi es dan panas

Dengan menghambat proses inflamasi, prostaglandin meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dan reseptor subkutan lainnya di lokasi cedera. Prostaglandin ini dapat dikurangi dengan terapi es. Meningkatkan aliran darah ke area yang terkena adalah keuntungan dari pemberian terapi panas, yang juga dapat membantu meredakan nyeri dengan mempercepat proses penyembuhan. Diperlukan kehati-hatian dan pemantauan yang ketat saat menerapkan terapi es dan terapi panas sebagai pencegahan cedera kulit.

3) *Trancutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS)*

Trancutaneous electrical nerve stimulation (TENS) menghasilkan sensasi kesemutan, denyutan, ataupun getaran di lokasi nyeri melalui perangkat yang dioperasikan dengan baterai dengan elektroda yang ditempelkan pada kulit. TENS efektif untuk mengatasi nyeri akut dan kronis.

4) Massage (pijatan)

Massage terdiri dari stimulasi menyeluruh pada sistem kulit. Teknik pijat yang bisa dilakukan yaitu tangan bergantian memberi pijatan punggung dengan tekanan pendek dan cepat erta tangan bergantian, petriasi (yang melibatkan pemberian tekanan pada punggung dengan gerakan meremas sambil menggerakkan tangan ke arah yang berlawanan), dan tekanan menyikat (yang melibatkan tekanan lembut pada punggung dengan ujung jari untuk mengakhiri pijatan).

5) Distraksi

Distraksi atau perhatian, di mana pasien mengalihkan perhatiannya dari nyerinya berpotensi menjadi pendekatan yang efektif dan dapat menjadi mekanisme yang mendasari teknik kognitif tambahan yang berhasil. Seseorang yang kurang peka terhadap rasa nyeri atau kurang mencurahkan perhatian terhadap rasa sakit akan memiliki ambang rasa sakit yang lebih rendah dan tidak terlalu terganggu oleh rasa nyeri tersebut. Diduga bahwa pengalihan perhatian mengurangi persepsi nyeri dengan mengaktifkan sistem kontrol turun, yang pada gilirannya mengurangi transmisi rangsangan nyeri ke otak.

6) Aromaterapi

Aromaterapi adalah praktik keperawatan komplementer yang memanfaatkan minyak esensial yang berasal dari aroma tanaman aromatik agar dapat meredakan penyakit dan memperoleh peningkatan kesejahteraan pasien secara keseluruhan. Lavender yang memiliki banyak manfaat alami adalah bahan aromaterapi yang paling banyak digunakan di kalangan masyarakat umum. Ini juga berfungsi sebagai analgesik. Ini juga berfungsi sebagai analgesik. Analgesik yang diberikan melalui inhalasi dapat meredakan nyeri. Sekresi hormon oksitosin dapat dirangsang oleh produksi hormon endorfin. Aromaterapi lavender mempengaruhi sistem limbik dan merangsang sel-sel saraf penciuman. Berbagai emosi, termasuk rasa nyeri, kesenangan, kemarahan, kecemasan, dan depresi berpusat di sistem limbik. Sebagai pengatur dan penyampai pesan, hipotalamus mengirimkan sinyal ke bagian tubuh dan otak lainnya. Setelah menerima pesan-pesan ini, hormon melatonin dan serotonin yang menyebabkan euforia, relaksasi, atau sedasi disekresikan ke dalam tubuh (Harnita et al., 2021).

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada ibu post sc diantaranya yaitu (Aspiani, 2017):

a. Identitas

Indikasi operasi caesar dapat terjadi pada pasien pada setiap tahap kehamilan, termasuk kehamilan awal. Identitas pasien yang dikaji seperti nama, umur, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, agama, alamat, no RM, tanggal masuk rumah sakit serta identitas penanggung jawab pasien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama pasien yang telah menjalani operasi adalah nyeri akibat luka operasi, kelelahan, keengganan untuk bergerak, dan rasa haus secara berlebih.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Aspek-aspek berikut dari riwayat medis pasien harus dievaluasi: waktu setelah pembedahan, kesadaran klien, status kesehatan secara keseluruhan, lokasi dan dimensi sayatan pembedahan, dan ketidaknyamanan yang dilaporkan oleh pasien.

Apabila pasien datang dengan keluhan nyeri, diperlukan evaluasi karakteristik nyeri melalui analisis gejala. PQRST terdiri dari elemen-elemen penilaian analisis gejala: P (paliatif/provokatif) mewakili penyebab yang mendasari masalah, Q (kualitas dan kuantitas) menunjukkan intensitas dan kuantitas nyeri yang dialami, R (*region*) menunjukkan lokasi nyeri, S (*severity*) menunjukkan keparahan nyeri, dan T (*timing*) menunjukkan berlalunya waktu (Andarmoyo, 2013).

d. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien pernah melakukan prosedur pembedahan sebelumnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Faktor penyebab penting yang perlu diselidiki adalah pengaruh keluarga atau keturunan, khususnya penyakit parah yang terkait dengan pembedahan yang pernah menimpa anggota keluarga. Contoh penyakit tersebut termasuk tuberkulosis, diabetes mellitus, dan hipertensi.

f. Riwayat obstetri

Informasi berikut ini diperlukan untuk menentukan riwayat kebidanan pasien yang lokasi lintangnya tidak diketahui :

1) Keadaan haid

Untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi kandungan, sangat penting untuk menanyakan tentang menarche dari siklus menstruasi, hari pertama menstruasi terakhir, keluarnya darah muda atau darah tua, apakah darah tersebut encer atau menggumpal, apakah menimbulkan rasa sakit yang berkepanjangan atau tidak, apakah terjadi sebelum atau sesudah menstruasi, dan apakah mengeluarkan bau.

2) Perkawinan

Berapa lama dan berapa kali menikah dengan pasangan saat ini.

3) Kehamilan

Pasien yang pernah mengalami nifas mungkin memiliki riwayat kehamilan primi atau multigravida.

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Mempertanyakan tentang kelangsungan kehamilan, persalinan, dan masa nifas sebelumnya, menanyakan tentang metode persalinan, status bayi cukup bulan, kenormalan kelahiran, merinci siapa yang membantu dalam persalinan, dan menentukan lokasi persalinan untuk mendapatkan penjelasan yang komprehensif terkait riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya.

g. Pola kebiasaan sehari-hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Obstruksi jalan nafas, respirasi yang tidak adekuat, dan respirasi arrest adalah komplikasi yang paling umum pada kasus post seksio sesarea.

2) Nutrisi

Setelah operasi, pasien menerima nutrisi melalui infus. Setelah enam jam, mereka secara bertahap diberikan makanan lunak, dan setelah delapan jam, mereka diberikan cairan. Namun, klien dengan fungsi lumbal segera diberikan makanan dan dianjurkan untuk banyak minum.

3) Eliminasi

Berikut ini adalah karakteristik urin feses yang dikumpulkan: frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan klien yang telah menjalani operasi caesar menggunakan kateter dawer untuk buang air kecil.

4) Istirahat/tidur

Pasien yang telah menjalani operasi caesar mengalami gangguan pada pola tidurnya sebagai akibat dari rasa sakit di tempat pembedahan.

5) Mempertahankan suhu tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan pasca operasi perlu dipantau apakah terdapat kenaikan suhu atau tidak.

6) Kebutuhan *personal hygiene*

Klien harus dibersihkan di hari pertama dan kedua setelah operasi caesar, sebelum kateter dibuka, karena mereka memerlukan bantuan untuk kebersihan pribadi.

7) Aktivitas

Rasa nyeri di area operasi dapat mengganggu pola aktivitas, sehingga membatasi gerakan klien.

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Berkurangnya aktivitas, sulit bergerak karena nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

Individu yang telah menjalani operasi caesar sebagai kondisi pasca operasi menghadapi tantangan dalam memenuhi kebutuhan pakaian mereka.

10) Kebutuhan keamanan

Untuk menentukan apakah klien terus merasakan aman dan mendapatkan perlindungan dari keluarga, kebutuhan rasa aman ini harus dipertanyakan. Klien dapat menghindari bahaya dan lingkungan sekitarnya.

11) Sosialisasi

Data sosial ini memberikan wawasan tentang apakah klien mengalami perasaan terisolasi atau terpisah sebagai akibat dari gangguan komunikasi, perubahan kebiasaan, atau keterbatasan fisik yang menghalangi kemampuan untuk beradaptasi dengan lingkungannya. Dalam kasus seperti itu, klien mungkin menunjukkan tanda-tanda kecemasan dan ketakutan yang jelas.

12) Kebutuhan spiritual

Ibadah dilarang selama keluarnya darah nifas, yang terjadi antara 40 dan 60 hari setelah melahirkan dan mengacu pada darah yang keluar dari rahim wanita. Biasanya ibu tidak boleh melakukan ibadah selama keluarnya darah nifas.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Pasien yang telah menjalani operasi caesar pasca operasi sering kali kesulitan untuk berpartisipasi dalam kegiatan rekreasi karena kondisi mereka yang terganggu.

14) Kebutuhan belajar

Pemenuhan rasa ingin tahu atau perilaku konsumen yang berorientasi pada pembelajaran yang mendorong perkembangan yang sehat dan pemanfaatan sarana kesehatan yang disediakan.

h. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Biasanya kondisi umum lemah.

2) Kesadaran

Compos mentis.

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : normal atau menurun $< 120/90$ mmHg

Denyut nadi : melebihi 80x/menit

Suhu : apakah ada peningkatan

Respirasi : apakah ada peningkatan

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Berisi kondisi rambut dan kulit kepala, serta simetri atau tidaknya wajah.

b) Wajah

Apakah ditemukan oedema, apakah terdapat cloasma gravidarum, konjungtiva pucat atau merah.

c) Mata – telinga – hidung

Daerah wajah dievaluasi sehubungan dengan kondisi gigi, mulut, mata, lubang hidung, dan telinga, serta bentuk wajah.

d) Leher

Diperlukan evaluasi leher pasien untuk mengetahui adanya massa, pembesaran vena jugularis, atau pembesaran kelenjar tiroid.

e) Dada dan punggung

Pemeriksaan harus mencakup penilaian simetri dada, retraksi interkosta, pernapasan yang lambat, suara mengi, ronchi, serta ritme dan frekuensi pernapasan. Interval bunyi jantung yang dievaluasi meliputi bunyi galop dan murmur.

f) Payudara/mammae

Apakah puting susu menonjol atau tidak, kolostrum, areola yang menggelap.

g) Abdomen

Ada atau tidaknya distensi pada perut, bagaimanakah luka operasi, apakah ada perdarahan, berapakah tinggi fundus uteri, apakah ada kontraksi, apakah ada bising usus, apakah ada nyeri tekan.

h) Ekstremitas atas dan bawah

Ekstremitas atas : simetri, ada tidaknya sianosis, dan edema, biasanya terpasang infus pada pasien yang menjalani pasca operasi.

Ekstremitas bawah : simetri, ada tidak oedema, bagaimanakah pergerakannya umumnya klien dengan pasca operasi seringkali merasa khawatir menggerakkan kaki, refleks patella, merupakan indikasi dari homan.

i) Genetalia

Apakah ada pengeluaran lochea, warna, banyaknya, baunya, dan oedema vulva, apakah letak kateter terpasang secara benar, dan jika ya apakah lancar, dan bagaimanakah kebersihan klien di area pasca operasi, yang umumnya terlihat kotor dikarenakan darah yang tidak dibersihkan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan diartikan menjadi sebuah penilaian klinis terhadap reaksi klien mengenai masalah kesehatan ataupun proses hidup yang ada atau yang akan datang. Diagnosis keperawatan memiliki tujuan yaitu agar mampu memastikan reaksi spesifik individu, keluarga dan komunitas keadaan yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Karya tulis ilmiah ini menggunakan diagnosis keperawatan yang aktual. Diagnosis aktual memberi gambaran reaksi klien pada keadaan kesehatan ataupun keadaan hidup tertentu yang memicu manifestasi komplikasi kesehatan. Diagnosis keperawatan ini terdiri dari 3 komponen yaitu penyebab (etiologi), tanda (sign) dan gejala (symptom). Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang didapatkan dari ibu post seksio sesarea adalah nyeri akut.

a) Definisi

Nyeri akut merupakan pengalaman emosional ataupun sensorik yang mempunyai keterkaitan dengan kerusakan jaringan fungsional atau aktual, dengan onset secara dadatan ataupun lambat dan intensitas yang ringan sampai berat dan bertahan selama kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b) Faktor penyebab

Faktor yang mengakibatkan masalah keperawatan nyeri akut berdasarkan yang dijabarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

- (1) Agen pencedera fisiologis (misalnya Neoplasma, inflamasi, iskemia,)
- (2) Agen pencedera kimiawi (misalnya bahan kimia iritan, terbakar)
- (3) Agen pencedera fisik (misalnya terbakar, asbestos, pengangkatan beban berat, terbakar, prosedur operasi, terbakar, amputasi, latihan yang berlebihan pada fisik, dan trauma)

c) Data mayor minor

Data mayor dan minor nyeri akut berdasarkan pada (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yakni disajikan dalam tabel 1:

Tabel 1
Gejala dan Tanda Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea

Gejala & Tanda	Subjektif	Objektif
1	2	3
Mayor	Mengeluh nyeri	a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur
Minor	(Tidak tersedia)	a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaforesis

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

Kondisi klinis terkait :

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan mencakup semua prosedur yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diinginkan, dengan memanfaatkan keahlian dan ketajaman klinis mereka.

Tabel 2
Intervensi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Nyeri akut Definisi : Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam maka Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaforesis menurun	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 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

1	2	3
b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	10. Perasaan depresi (tertekan) menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun 17. Muntah menurun 18. Mual menurun 19. Frekuensi nadi membaik 20. Pola napas membaik 21. Tekanan darah membaik 22. Proses berpikir membaik 23. Fokus membaik 24. Fungsi berkemih membaik 25. Perilaku menurun 26. Nafsu makan membaik 27. Pola tidur membaik	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
Gejala dan tanda mayor :		
Subjektif :		
a. Mengeluh nyeri		
Objektif:		
a. Tampak meringis		
b. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)		
c. Gelisah		
d. Frekuensi nadi meningkat		
e. Sulit tidur		
Gejala dan tanda minor :		
Subjektif :		
Tidak tersedia		
Objektif :		
a. Tekanan darah meningkat		
b. Pola napas berubah		
c. Nafsu makan berubah		
d. Proses berpikir terganggu		
e. Menarik diri		
f. Berfokus pada diri sendiri		
g. Diaforesis		
Kondisi klinis terkait :		
a. Kondisi pembedahan		
b. Cedera traumatis		
c. Infeksi		
<i>Terapeutik</i>		
1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)		
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)		
3. Fasilitasi istirahat dan tidur		
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri		
<i>Edukasi</i>		
1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.		
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri		
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri		

1	2	3
d. Sindrom koroner akut e. Glaukoma		4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> Intervensi Pendukung : Terapi pemijatan (I.08251) <i>Observasi</i> 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 <i>Terapeutik</i> 1. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 2. Pilih area tubuh yang akan dipijat 3. Cuci tangan dengan air hangat 4. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi 5. Buka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan 6. Tutup area yang tidak terpajan (mis. dengan

1	2	3
		selimut, seprai, handuk mandi)
		7. Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu)
		8. Lakukan pemijatan secara perlahan
		9. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat
		<i>Edukasi</i>
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi
		2. Anjurkan rileks selama pemijatan
		3. Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan
		Aromaterapi (I.08233)
		<i>Observasi</i>
		1. Identifikasi pilihan aroma yang disukai dan tidak disukai
		2. Identifikasi tingkat nyeri, stress, kecemasan, dan alam perasaan sebelum dan sesudah aromaterapi
		3. Monitor ketidaknyamanan sebelum dan setelah pemberian (mis. mual, pusing)
		4. Monitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi (mis. dermatitis kontak, asma)

1	2	3
		5. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah aromaterapi <i>Terapeutik</i> 1. Pilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi 2. Lakukan uji kepekaan kulit dengan uji tempel (<i>patch test</i>) dengan larutan 2% pada daerah lipatan lengan atau lipatan belakang leher 3. Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat (mis. inhalasi, pemijatan, mandi uap, atau kompres) <i>Edukasi</i> 1. Ajarkan cara menyimpan minyak esensial dengan tepat 2. Anjurkan menggunakan minyak esensial secara bervariasi 3. Anjurkan menghindari kemasan minyak esensial dari jangkauan anak-anak <i>Kolaborasi</i> 1. Konsultasikan jenis dan dosis minyak esensial yang tepat dan aman Perawatan Pasca Seksio Searia (I.14567) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan

1	2	3
		2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan nafas dan lokia) 4. Monitor kondisi luka dan balutan <i>Terapeutik</i> 1. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan 2. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas 3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 4. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi 5. Berikan dukungan menyusui, <i>jika memungkinkan</i> <i>Edukasi</i> 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk, dan napas dalam 3. Anjurkan ibu cara menyusui, <i>jika memungkinkan</i> 4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

4. Implementasi keperawatan

Rencana keperawatan yang dikembangkan selama fase perencanaan dipraktikkan selama fase implementasi keperawatan dalam proses asuhan keperawatan. Implementasi ini mencakup rangkaian aktivitas yang dilaksanakan perawat dengan tujuan memberi bantuan pada pasien untuk mengatasi permasalahan status kesehatan yang mereka alami dan mencapai status kesehatan yang lebih baik, seperti yang ditentukan dalam kriteria hasil rencana keperawatan (Mustamu et al., 2023).

Tabel 3
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea

No	Diagnosis Keperawatan	Implementasi
1	2	3
1	Nyeri Akut	Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <i>Terapeutik</i> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi pijat dan aromaterapi) <i>Edukasi</i> 1. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. Mengkolaborasi pemberian analgetik Terapi Pemijatan <i>Observasi</i> 1. Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pemijatan 2. Mengidentifikasi kesiadaan dan penerimaan dilakukan pemijatan

1	2	3
		3. Memonitor respons terhadap pemijatan
		<i>Terapeutik</i>
		1. Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan
		2. Memilih area tubuh yang akan dipijat
		3. Menyiapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi
		4. Membuka area yang akan dipijat, sesuai kebutuhan
		5. Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu)
		6. Melakukan pemijatan secara perlahan
		7. Melakukan pemijatan dengan teknik yang tepat
		<i>Edukasi</i>
		1. Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi
		2. Mengajarkan rileks selama pemijatan
		<i>Aromaterapi</i>
		<i>Observasi</i>
		1. Mengidentifikasi tingkat nyeri sebelum dan sesudah aromaterapi
		<i>Terapeutik</i>
		1. Memilih minyak esensial yang tepat sesuai dengan indikasi
		2. Memberikan minyak esensial dengan metode yang tepat (mis. inhalasi, pemijatan, mandi uap, atau kompres)
		<i>Perawatan Pasca Seksio Sesaria</i>
		<i>Observasi</i>
		1. Memonitor tanda-tanda vital ibu
		2. Memonitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan nafas dan lokia)
		3. Memonitor kondisi luka dan balutan

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan, yang dilakukan pada akhir fase perawatan, adalah prosedur metodis dan terencana yang membandingkan hasil kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuannya adalah untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan efektif dalam

meningkatkan kondisi kesehatan pasien atau perlu dilakukan pendekatan lain (Mustamu et al., 2023). Evaluasi formatif dan evaluasi sumatif adalah dua jenis penilaian. Evaluasi formatif dilakukan ketika intervensi yang dilakukan memberikan respons langsung; evaluasi sumatif adalah pengulangan temuan yang diperoleh dari observasi dan analisis kondisi pasien pada saat tertentu, sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan yang ditetapkan selama fase perencanaan (Hidayat, 2021). Komponen evaluasi yang digunakan yaitu SOAP (Polopadang and Hidayah, 2019) sebagai berikut :

- a) S (subjektif) yaitu data yang ditulis perawat tentang keluhan yang masih dirasakan pasien sesudah pemberian implementasi keperawatan.
- b) O (objektif) yaitu data berdasarkan observasi perawat secara langsung kepada pasien serta perasaannya setelah tindakan atau pada hasil pengukuran.
- c) A (analisis/ *assesment*) yaitu mengacu pada masalah ataupun diagnosis keperawatan yang masih terjadi, atau masalah atau diagnosis baru yang muncul sebagai dampak dari perubahan dalam kondisi kesehatan pasien yang ditemukan dalam data subjektif dan objektif.
- d) P (*planning*) : rencana tindakan keperawatan yang akan ditambahkan, dimodifikasi, dihentikan, atau dilanjutkan dari rencana sebelumnya.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
1	Nyeri akut	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun

1	2	3
5. Kesulitan tidur menurun		

D. Konsep Intervensi Pijat Kaki dan Aromaterapi Lavender

1. Definisi

a. Pijat kaki

Pijat didifinsikan menjadi manipulasi jaringan lunak dengan diberikannya sentuhan, gosokan ataupun peremasan agar memperbaiki saraf otot, meningkatkan sirkulasi, dan memberikan perasaan rileks. Pijat kaki bisa menyebabkan kondisi relaksasi yang mendalam, meredakan ketidaknyamanan fisik dan rasa nyeri, dan meningkatkan kualitas tidur seseorang (Gustini et al., 2021).

Pijat merupakan sentuhan ringan serta teknik pemijatan yang dapat menyebabkan kondisi relaksasi pada tubuh dengan mengurangi rasa nyeri dan menimbulkan rasa nyaman melalui permukaan kulit. Beberapa teknik Gerakan pada pijat kaki yaitu *effleurage*, *petrissage*, *friction*, *tapotement*, dan *vibration* (Sari and Rumhaeni, 2020).

Pijat kaki adalah suatu tindakan memijat, mengusap, menggosok, atau menepuk pada kaki yang bertujuan untuk merelaksasikan otot, meningkatkan sirkulasi dan menurunkan nyeri (Hijriana, 2023). Sebagai perawatan tambahan, pijat kaki diberikan kepada pasien bedah dalam upaya mengurangi nyeri pasca operasi. Pijat kaki diklasifikasikan sebagai teknik non-farmakologis, non-invasif yang bebas biaya dan minim peralatan (Sari and Rumhaeni, 2020).

b. Aromaterapi lavender

Pada awal abad ke-20, René Maurice Gattefosse menciptakan istilah aromaterapi dalam bukunya yang berjudul "*Aromatherapie*". Aromaterapi mengacu

pada penggunaan obat atau terapi tradisional dengan menggunakan minyak esensial yang diserap melalui permukaan kulit maupun Indera penciuman baik secara masase, inhalasi, kompres dan mandi (Ahmad et al., 2023). Beberapa kandungan bunga lavender termasuk minyak esensial (1-3%), alpha-pinene (0,22%), camphene (0,06%), beta-myrcene (5,33%), cymene (0,3%), limonene (1,06%), cineol (0,51%), linalool (26,12%), borneol (1,21%), terpinine-4-ol (4,64%), linalyl asetat (26,32%), geranil asetat (2,14%), dan caryophyllene (7,55%). Berlandaskan pada hal tersebut, kandungan utama bunga lavender yaitu linalool dan linalyl asetat (Nuriska et al., 2023).

Aromaterapi menjadi salah satu dari berbagai modalitas pengobatan komplementer yang memakai minyak esensial. Rasa dari minyak ini berasal dari bermacam-macam tanaman dan tumbuhan tertentu yang diproses dengan menggunakan metode dan proses yang berbeda. Aromaterapi digunakan sebagai pengobatan dapat membuat jiwa, hati dan pikiran menjadi rileks (Taslim and Astuti, 2021). Salah satu minyak atsiri yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan metode non farmakologis (aromaterapi) adalah lavender. Lavender adalah tanaman herbal dengan akarnya yang dapat memberikan efek antikonvulsan serta daun dan bunga yang berfungsi menghilangkan rasa nyeri (Ahmad et al., 2023).

2. Manfaat

a. Pijat kaki

Manfaat dari pijat kaki menurut Hijriana (2023) sebagai berikut :

1. Menghilangkan tekanan dan ketegangan otot.
2. Menghilangkan nyeri.

3. Membuat rileks dan mengurangi stress.
4. Merangsang kerja sistem saraf.
5. Sirkulasi darah menjadi lebih baik.
6. Meningkatkan energi dan efisiensi kerja organ tubuh.
7. Pikiran menjadi lebih rileks dan tidur menjadi lebih nyenyak.

Manfaat tambahan dari pijat kaki adalah bahwa pijat kaki menunjukkan kemanjuran yang sebanding dengan metode nonfarmakologis alternatif dalam mengurangi intensitas nyeri. Selain itu, tindakan teknik ini sangat mudah dan dapat diperoleh melalui pelatihan singkat (Sari and Rumhaeni, 2020).

b. Aromaterapi lavender

Minyak esensial lavender memiliki berbagai manfaat seperti sebagai obat penenang, analgesik, desinfektan, dan antidepresi. Aroma aromaterapi Lavender memberi stimulasi pada thalamus agar memproduksi enkephalin, yang berguna menjadi penghambat rasa nyeri dan neuromodulator dan dengan demikian mengurangi rasa nyeri secara alami (Ahmad et al., 2023).

Aromaterapi bunga lavender terutama terdiri dari linalil asetat dan linalool ($\text{CH}_{10}\text{H}_{18}\text{O}$), linalyl asetat melemaskan sistem saraf otot yang tegang dan linalool memberikan efek penenang dan relaksasi, sehingga menimbulkan manfaat penurunan intensitas nyeri (Rahmayani and Machmudah, 2022). Menurut Cahyati et al (2021) aromaterapi lavender memiliki beberapa manfaat yaitu meningkatkan kualitas tidur, menghilangkan rasa nyeri, menurunkan tekanan darah dan denyut jantung, menurunkan kecemasan dan stress emosional.

3. Indikasi

a. Pijat kaki

Indikasi dalam melakukan pijat adalah sebagai berikut :

- 1) Keadaan di mana organisme sangat kelelahan.
- 2) Kekakuan otot yang diakibatkan oleh gangguan tubuh yang disebabkan oleh aktivitas fisik atau kondisi cuaca
- 3) Mengalami sensasi nyeri (Rosramadhana et al., 2022).

b. Aromaterapi lavender

Indikasi penggunaan aromaterapi yakni memberikan efek relaksasi, anti-neurodepressive dan sedasi untuk orang yang mengalami insomnia, menurunkan tingkat kecemasan pada pasien cemas, meningkatkan konsentrasi serta pada pasien yang mengalami nyeri (Lestari et al., 2023).

4. Kontraindikasi

a. Pijat kaki

Kontraindikasi dalam melakukan pijat yaitu :

- 1) Individu yang menderita penyakit menular.
- 2) Individu menderita pengapuran pembuluh darah arteri.
- 3) Individu menderita penyakit kulit.
- 4) Luka atau cedera baru yang terjadi sebagai akibat dari kegiatan atletik atau bencana.
- 5) Saat ini menderita patah tulang, luka akibat cedera yang belum sepenuhnya sembuh, dan daerah bengkak atau mengandung tumor yang dicurigai adalah kanker ganas ataupun tidak ganas (Rosramadhana et al., 2022).

b. Aromaterapi lavender

Kontraindikasi pemberian aromaterapi lavender yaitu :

- 1) Seseorang dengan gangguan atau penurunan fungsi pada indra penciuman
- 2) Epilepsy
- 3) Serangan asma berat
- 4) Seseorang yang memiliki alergi dengan bunga lavender (Lestari et al., 2023).