

## **BAB 2**

### **KAJIAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Post Partum/ Masa Nifas**

##### **2.1.1 Pengertian**

Masa nifas dimulai setelah lahirnya plasenta dan berlangsung kurang lebih 6 minggu. Ini sering disebut “trimester keempat.” Selama periode ini, tubuh wanita mulai kembali ke kondisi sebelum hamil, dan perubahan ini umumnya hilang pada minggu ke-6 setelah melahirkan (Ricci et al., 2021).

##### **2.1.2 Adaptasi Fisiologis Post Partum**

Pada Ibu yang mengalami masa nifas atau post partum mengalami beberapa perubahan fisiologis pada tubuhnya. Hal ini berlangsung selama masa nifas berlangsung. Menurut (Lubis et al., 2022) , adaptasi fisiologis yang dialami oleh ibu dalam masa nifas sebagai berikut:

1. Perubahan sistem reproduksi (involusi uterus).

Involusi uterus adalah kembalinya rahim ke keadaan sebelum hamil, baik bentuk maupun posisinya. Proses involusi uterus disertai dengan penurunan tinggi fundus uteri (TFU). Pada hari pertama, TFU terletak di atas simfisis pubis/kurang lebih 12 cm. Proses ini berlanjut dengan penurunan TFU sebesar 1 cm setiap harinya hingga pada hari ke-7 TFU kurang lebih 5 cm dan pada hari ke-10 TFU simfisis pubis sudah tidak teraba lagi. Lochea meninggalkan rahim setelah bayi lahir dan bertahan hingga 3 hingga 4 minggu setelah lahir. Perubahan lochea terjadi dalam tiga tahap: lochea merah, serosa, dan lochea putih. Ovarium dan Saluran Tuba Fallopi Setelah lahirnya plasenta, produksi estrogen dan progesteron menurun sehingga membentuk mekanisme timbal balik sirkulasi menstruasi. Pada titik ini, ovulasi dimulai lagi dan wanita tersebut dapat hamil lagi.

2. Perubahan sistem pencernaan

Setelah plasenta lahir, produksi estrogen dan progesteron menurun sehingga menyebabkan nyeri ulu hati (*heartburn*) dan sembelit, terutama pada beberapa hari pertama. Hal ini terjadi akibat menurunnya motilitas usus akibat kurangnya keseimbangan cairan saat persalinan dan kegagalan refleksi buang air besar akibat nyeri perineum akibat luka episiotomi.

3. Perubahan sistem perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada :

- a. Keadaan/ status sebelum persalinan
- b. Lamanya partus kala II dilalui
- c. Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan  
Disamping itu, dari hasil pemeriksaan sistoskopik segera setelah persalinan tidak menunjukkan adanya edema dan hyperemia dinding kandung kemih, akan tetapi sering terjadi extravasasi. extravasation, artinya keluarnya darah dari pembuluh-pembuluh darah di dalam badan) ke mukosa.

4. Perubahan sistem endokrin

Ketika plasenta terlepas dari dinding rahim, kadar HCG (hormone chorionic gonadotropin) dan HPL (hormone plasenta lactogenic) berangsur-angsur menurun dan normal kembali setelah 7 hari setelah persalinan. HCG tidak terdeteksi dalam urin ibu hamil setelah 2 hari post partum dan HPL tidak lagi terdapat dalam plasenta.

5. Perubahan sistem kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala 3 ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 post partum.

6. Perubahan sistem kematologi

Leukosistosis terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar

25.000-30.000 yang merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama. Hal ini dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah serta volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari post partum konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah selama persalinan dan nifas kira-kira 700-1500 ml (200 ml hilang saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama post partum, dan 500 ml hilang pada saat masa nifas).

7. Perubahan tanda-tanda vital

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkat menjadi 38°C, sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal jika terjadi peningkatan suhu 38°C yang menetap 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti sepsis puerperalis 15 (infeksi selama post partum), infeksi saluran kemih, endometritis (peradangan endometrium), pembengkakan payudara, dan lain-lain.

### **2.1.3 Adaptasi Psikologis Post Partum**

Menjadi orang tua, khususnya bagi seorang ibu, tidak selalu menghadirkan kebahagiaan bagi setiap wanita atau pasangan suami istri. Kesadaran akan tanggung jawab sebagai ibu dapat memicu munculnya gangguan emosi, intelektual, dan perilaku pada wanita. Dalam menghadapi peran dan aktivitas barunya, wanita perlu melakukan beberapa penyesuaian. Sebagian wanita mampu beradaptasi dengan baik, namun sebagian lainnya mengalami kesulitan dan mengalami gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindrom yang dikenal sebagai postpartum blues oleh para peneliti dan klinisi. Berbagai faktor dapat membebani seorang wanita, bahkan membuatnya merasa tertekan. Hal ini wajar terjadi, terutama setelah melahirkan. Peran seorang ibu mengalami perubahan besar dengan kehadiran bayi baru lahir. Dukungan dan perhatian positif dari seluruh anggota keluarga sangat dibutuhkan oleh ibu dalam masa nifas. Berikut

beberapa fase yang mungkin dialami ibu selama masa pemulihan pasca melahirkan menurut Azizah & Rosyidah (2019):

*a. TAKING-IN PHASE*

Fase pengambilan adalah saat segera setelah kelahiran ketika klien membutuhkan tidur, bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya, dan menghidupkan kembali peristiwa seputar proses kelahiran. Fase ini ditandai dengan perilaku ketergantungan. Selama 24 hingga 48 jam pertama setelah melahirkan, ibu sering kali mengambil peran yang sangat pasif dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka akan makanan, cairan, dan istirahat, sehingga perawat dapat mengambil keputusan mengenai aktivitas dan perawatan. Mereka menghabiskan waktu untuk menceritakan pengalaman kerja mereka kepada siapa saja yang mau mendengarkan. Tindakan tersebut membantu ibu mengintegrasikan pengalaman melahirkan ke dalam kenyataan—yaitu, kehamilan telah berakhir dan bayi baru lahir kini menjadi individu unik, terpisah dari dirinya sendiri. Saat berinteraksi dengan bayi baru lahir, ibu baru menghabiskan waktu untuk memeluk bayi baru lahir dan menyentuhnya, biasanya mengidentifikasi ciri-ciri tertentu pada bayi baru lahir, seperti “dia punya hidungku” atau “jarinya panjang seperti jari ayahnya”.

*b. TAKING-HOLD PHASE*

Fase pengambilan, fase kedua adaptasi ibu, adalah ditandai dengan perilaku ibu yang bergantung dan mandiri. Fase ini biasanya dimulai pada hari kedua hingga ketiga pascapersalinan dan dapat berlangsung selama beberapa minggu. Saat klien mendapatkan kembali kendali atas fungsi tubuhnya selama beberapa hari ke depan, dia akan mulai menguasai dan sibuk dengan masa kini. Dia akan sangat memperhatikan kesehatannya, kondisi bayinya, dan kemampuannya dalam merawat bayinya. Dia menunjukkan peningkatan otonomi dan penguasaan atas fungsi tubuhnya sendiri, dan keinginan untuk mengambil alih tanggung jawab dengan dukungan dan bantuan orang lain. Dia akan menunjukkan

kemandirian dengan merawat dirinya sendiri dan belajar merawat bayinya yang baru lahir, namun dia tetap membutuhkan jaminan bahwa dia baik-baik saja sebagai seorang ibu. Dia mengungkapkan minat yang kuat untuk merawat bayinya sendirian.

c. *LETTING-GO PHASE*

Pada fase pelepasan, fase ketiga adaptasi ibu, wanita membangun kembali hubungan dengan orang lain. Dia beradaptasi menjadi orang tua melalui peran barunya sebagai seorang ibu. Dia memikul tanggung jawab dan merawat bayi baru lahir dengan lebih percaya diri sekarang (Edelman, Kudzma, & Mandle, 2014). Fokus fase ini adalah untuk bergerak maju dengan mengambil peran sebagai orang tua dan memisahkan diri dari hubungan simbiosis yang dia dan bayinya miliki selama kehamilan. Dia menetapkan gaya hidup yang mencakup bayi. Sang ibu melepaskan bayi khayalannya dan menerima bayi aslinya. Perawat telah menyadari pentingnya proses menjadi seorang ibu (BAM) dalam keperawatan ibu-bayi sejak laporan Rubin tentang pencapaian peran ibu (MRA). Persepsi ibu tentang kompetensi atau kepercayaan diri mereka, atau keduanya, dalam menjadi ibu dan ekspresi kasih sayang mereka terhadap bayinya meliputi usia, hubungan dengan ayah, status sosial ekonomi, pengalaman melahirkan, stres yang dialami, dukungan yang tersedia, ciri-ciri kepribadian, konsep diri, anak. sikap pengasuhan, ketegangan peran, status kesehatan, persiapan selama kehamilan, hubungan dengan ibu sendiri, depresi, dan kecemasan. Variabel bayi yang diidentifikasi mempengaruhi MRA/BAM meliputi penampilan, daya tanggap, temperamen, dan status kesehatan (DiPietro et al., 2015)

#### **2.1.4 Tahapan Post Partum**

Menurut (Azizah & Rosyidah, 2019) beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan kepulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2. Puerperium intermediate

Puerperium intermediet merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Puerperium remote

Remote puerperium yakni masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

### **2.1.5 Komplikasi Post Partum**

Menurut Varney et al., (2017) beberapa komplikasi pada ibu post partum diantaranya sebagai berikut:

1. Morbiditas

Terjadi kenaikan suhu tubuh  $>38$  derajat celcius selama 10 hari pertama pasca partum, kecuali 24 jam pertama.

2. Infeksi

Infeksi bakteri pada saluran genetalia selama atau setelah persalinan. Tanda dan gejala yaitu suhu  $>38$  derajat celcius, malaise, lochia berbau tidak sedap, dan nyeri ditempat infeksi.

3. Infeksi trauma genitalia

Adapun tanda dan gejala yaitu nyeri local, demam, edema local, radang pada tepi jahitan atau laserasi, rabar purulen, dan luka menjadi terpisah.

4. Endometritis

Tanda dan gejala yaitu suhu meningkat persisten  $>38$  derajat celcius, demam, takikardia, menggigil, nyeri tekan uterus yang menyebar ke samping, nyeri panggul ketika dilakukan pemeriksaan bimanual, lochia mungkin sedikit dan tidak berbau atau sangat banyak, distensi abdomen, dan peningkatan hitung sel darah putih.

#### 5. Hematoma

Tanda dan gejalanya yaitu biasanya terjadi di vulva atau vagina, nyeri akut, pembengkakan yang tegang dan tidak teratur serta jaringan tampak memar.

#### 6. Subinvolusi

Uterus gagal berkontraksi secara efektif selama masa pasca partum. Penyebabnya yaitu potongan plasenta atau selaput ketuban yang tertahan, mioma, dan infeksi (pascapartum awal). Adapun tanda dan gejalanya peningkatan jumlah lochia yang tidak teratasi atau terus menerus diproduksi, fundus uteri lembek, dan uterus naik hingga melebihi lokasi yang diperkirakan.

#### 7. Perdarahan pasca partum sekunder

Perdarahan yang berlebihan yang terjadi setelah 24 jam pertama pasca partum. Adapun penyebabnya yaitu subinvolusi, potongan plasenta/ketuban yang tertahan, laserasi yang tidak terdiagnosa, dan hematoma. Tanda dan gejalanya yaitu perdarahan, anemia, dan pada kasus berat, syok

#### 8. Tromboflebitis

Adapun tanda dan gejalanya yaitu nyeri, nyeri tekan local, peradangan dan terbaba smpul atau urat vena

#### 9. Mastitis

Mastitis dapat dialami setiap saat jika seorang ibu menyusui, tetapi biasanya tidak terjadi sebelum hari ke-10 pasca partum. Organisme penyebab biasanya *Staphylococcus aureus* dan ibu baru biasanya tidak dapat membedakannya dari gejala flu.

## 2.2 Sectio Caesarea

### 2.2.1 Pengertian

*Sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu. Sekitar tahun 1980-an bedah *sectio caesarea*, baik yang direncanakan (*elective*

*caesar*) maupun yang baru diputuskan saat persalinan saat persalinan berlangsung (*emergency caesar*), mulai memasyarakat di bidang kebidanan (Handayani, 2022).

*Sectio caesarea (SC)* merupakan tindakan pilihan utama bagi tenaga medis saat menghadapi persalinan yang disertai penyulit untuk menyelamatkan ibu dan janin. Tindakan *sectio caesarea* diindikasikan pada gawat janin, disproporsi sepelopelvik, persalinan tidak maju, plasenta previa, prolapsus tali pusat, letak lintang, panggul sempit dan preekampsia (Rahmawati & Mukhoirotin, 2024).

### 2.2.2 Indikasi

Indikasi operasi caesar bersifat absolut atau relatif. Segala kondisi yang membuat persalinan melalui jalan lahir tidak mungkin dilakukan merupakan indikasi mutlak dilakukannya persalinan abdominal. Diantaranya adalah kontraksi panggul tingkat ekstrim dan neoplasma yang menghalangi jalan masuknya. Dengan indikasi relatif, persalinan pervaginam dapat dilakukan, namun kondisinya sedemikian rupa sehingga operasi caesar lebih aman bagi ibu, anak, atau keduanya (Posner et al., 2022). Berikut merupakan indikasi *Sectio Caesarea*:

#### Kontraksi Panggul dan Distosia

1. Disproporsi fetopelvis
2. Malpresentasi dan malposisi
3. Disfungsi rahim
4. Distosia jaringan lunak
5. Neoplasma
6. Kegagalan untuk maju
7. Distosia bahu sebelumnya

#### Bedah Rahim Sebelumnya

1. Operasi caesar
2. Histerotomi
3. Miomektomi



4. Jahitan serviks

#### Pendarahan

1. Plasenta previa atau vasa previa
2. Solusio plasenta

#### Toksemia Kehamilan

1. Preeklampsia dan eklamsia
2. Hipertensi
3. Penyakit ginjal

#### Indikasi Janin

1. Gawat janin
2. Kematian atau kerusakan janin sebelumnya
3. Prolaps tali pusat
4. Insufisiensi plasenta (IUGR)
5. Diabetes ibu
6. Ketidakcocokan Rhesus
8. Kematian pasca melahirkan
9. Herpes genital ibu
10. Mencegah penularan infeksi HIV secara vertikal

#### Aneka ragam

1. Primigravida lanjut usia
2. Perbaikan vagina atau operasi panggul sebelumnya
3. Kelainan rahim kongenital
4. Riwayat obstetrik yang buruk
5. Forceps atau vakum gagal
6. Operasi caesar elektif: persalinan sesar atas permintaan ibu

### **2.2.3 Komplikasi**

Operasi caesar dikaitkan dengan morbiditas ibu yang signifikan. Pasien yang menjalani operasi caesar mengalami komplikasi operasi dan/atau pasca operasi, beberapa di antaranya serius dan berpotensi

mematikan. Harus diterima bahwa operasi caesar adalah operasi besar dengan risiko yang menyertainya.

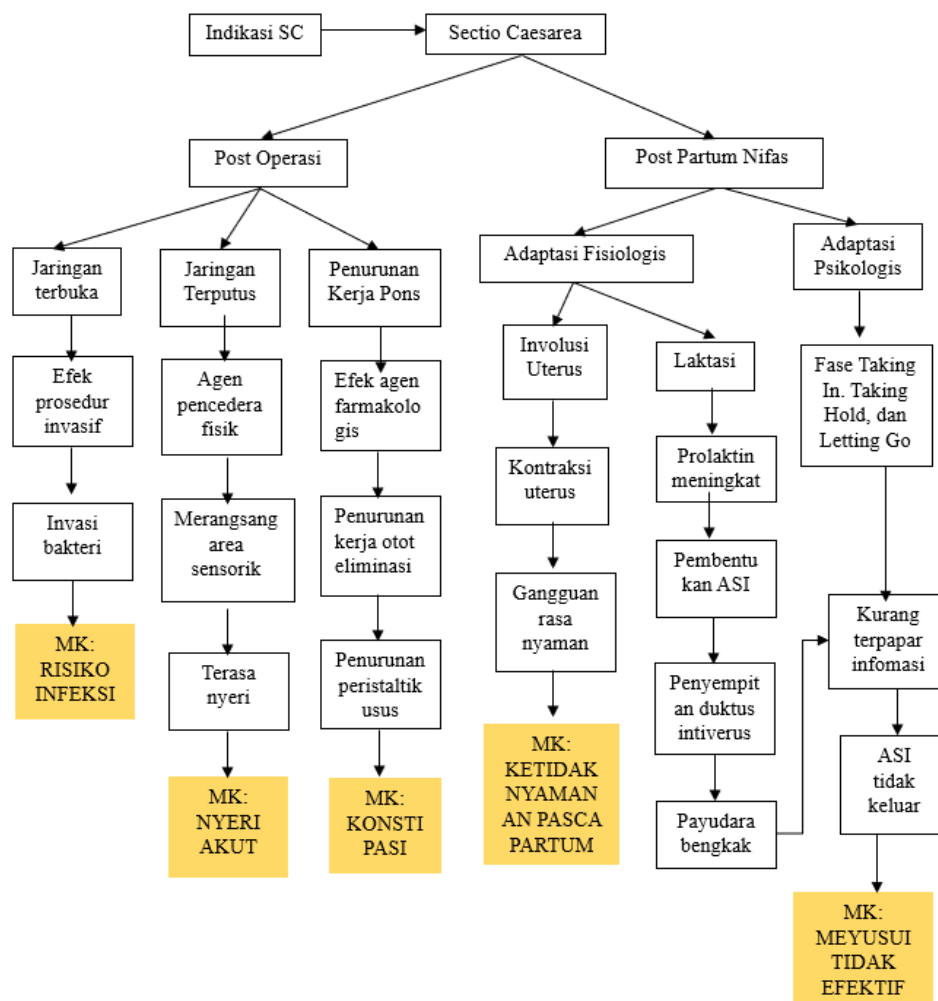
#### **2.2.4 Klasifikasi Sectio Caesarea**

Klasifikasi Sectio Caesarea menurut Posner et al., (2022) adalah sebagai berikut:

1. Segmen bawah : Insisi melintang  
Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetri.
2. Segmen bawah : Insisi membujur  
Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.
3. Sectio Caesarea klasik  
Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan Sectio Caesarea klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.
4. Sectio Caesarea Extraperitoneal  
Pembedahan Extraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode Sectio Caesarea Extraperitoneal, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton, T. teknik pada prosedur ini

relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan isidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu. Histerektomi Caesarea Pembedahan ini merupakan Sectio Caesarea yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mmungkinan histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mmudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pemmbedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

WOC Post Partum SC



## 2.3 Asuhan Keperawatan

### A. Pengkajian Keperawatan

Data pengkajian yang diperoleh dari klien menurut Wijaya et al., (2023) adalah sebagai berikut:

#### 1. Identitas

Identitas yang dikaji dari klien yaitu meliputi biodata klien dan penanggung jawab klien yang berisi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, serta alamat.

#### 2. Alasan masuk

Pada umumnya, ibu nifas dengan post sc biasanya mengalami keluhan nyeri dan tidak nyaman pada luka post-op dan tidak nyaman pada perut karena adanya kontraksi yang disebabkan involusi uteri.

#### 3. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji dari klien meliputi riwayat menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, banyaknya ganti pembalut dalam sehari ketika menstruasi, serta apakah mengalami dismenorea atau tidak.

#### 4. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu mengkaji tentang anak ke berapa yang lahir sebelum ini, tanggal lahir dan umur, usia kandungan, jenis persalinan, tempat persalinan, penolong persalinan, adakah komplikasi pada ibu maupun bayi saat persalinan, panjang badan, berat badan, serta keadaan bayi saat dilahirkan, keadaan dan laktasi ibu saat masa nifas.

#### 5. Riwayat persalinan sekarang

Pada riwayat persalinan sekarang, tanggal dan jam berapa klien melakukan persalinan, di mana tempat persalinan dilangsungkan, siapa penolong persalinan, jenis persalinan, adakah komplikasi dalam persalinan, keadaan plasenta saat lahir, bagaimana tali pusat saat lahir, lama persalinan kala 1 hingga kala 4, jumlah perdarahan saat dilangsungkan persalinan, keadaan bayi saat melahirkan meliputi

berat badan, panjang badan, APGAR score, adakah cacat bawaan, serta usia gestasi.

6. Riwayat kesehatan sekarang/ yang lalu

Apakah klien memiliki riwayat penyakit yang lalu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

7. Riwayat operasi abdomen/ SC

Apakah klien memiliki riwayat melakukan persalinan dengan SC atau operasi sebelumnya, jika iya di mana tempatnya, siapakah petugas yang menolong saat itu, serta dilakukan pada tanggal berapa.

8. Riwayat penyakit keluarga

Apakah klien memiliki riwayat penyakit keluarga dari ayah atau ibu seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit ginjal, asma, hepatitis, dan lain sebagainya.

9. Riwayat KB

Apakah klien pernah menggunakan KB sebelumnya, jika iya KB sejinis apa yang digunakan serta kapan terakhir menggunakan.

10. Riwayat sosial ekonomi dan psikologis

Pada riwayat sosial ekonomi dan psikologis beberapa data yang perlu dikaji diantaranya status perkawinan klien dan berapa kali kawin, lama menikah, umur menikah pertama kali, riwayat kehamilan yang lalu direncanakan atau tidak, bagaimana perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan, serta siapakah yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan dalam keluarga,

11. Riwayat psikososial

Pada riwayat psikososial, data yang perlu dikaji dari klien yaitu bagaimana klien melewati fase *taking in*, *taking hold*, serta *letting go*.

12. *Activity Daily Living*

Berikut merupakan beberapa aspek yang dikaji pada pola kehidupan sehari-hari atau ADL bagi ibu nifas:

a. Pola makan dan minum

Hal yang perlu dikaji yaitu frekuensi makan dan minum ibu dalam sehari, jenis makanan atau minuman yang dikonsumsi, porsi yang dihabiskan ketika makan, serta keluhan saat makan maupun adakah pantangan makanan atau tidak.

b. Pola istirahat

Hal yang perlu dikaji yaitu berapa lama klien tidur di siang maupun malam hari serta apakah ada keluhan dalam pola tidur klien.

c. Pola eliminasi

Hal yang perlu dikaji yaitu berapa kali klien BAK maupun BAB dalam sehari, bagaimana konsistensi dan warnanya, serta apakah ada keluhan atau lendir yang keluar saat BAB.

d. Personal Hygiene

Hal yang perlu dikaji adalah berapa kali klien mandi dalam sehari serta berapa kali klien berganti pakaian dalam sehari.

e. Mobilisasi

Apakah klien ada masalah pada mobilisasi, apakah klien melakukan mobilisasi secara mandiri atau memerlukan bantuan serta jika memerlukan bantuan bagaimana bentuk bantuan yang diberikan.

f. Aktivitas

Hal yang perlu dikaji adalah bagaimana klien melakukan pekerjaan sehari-harinya, apakah ada keluhan atau tidak, serta berapa kali klien melakukan hubungan seksual dalam seminggu bersama pasangan.

g. Menyusui

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien ada keluhan dalam menyusui atau tidak.

h. Kebiasaan hidup

Hal yang perlu dikaji yaitu apakah klien memiliki kebiasaan merokok atau tidak, memiliki kebiasaan minum-minuman keras

atau tidak, memiliki kebiasaan konsumsi obat terlarang atau tidak, serta memiliki kebiasaan minum jamu atau tidak.

### 13. Pemeriksaan fisik

#### a. Keadaan umum

Bagaimana keadaan umum klien saat dikaji serta tingkat kesadaran klien saat dilakukan pengkajian. Tingkat kesadaran klien meliputi *compos mentis*, *somnolen*, *sopor*, *apatis*, *delirium*, dan *koma*.

#### b. Tanda-tanda vital

Hal yang perlu dikaji pada klien apakah normal atau tidaknya tekanan darah, nadi, suhu serta frekuensi pernapasan klien. Selain itu dilakukan pengukuran pada tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas (LILA) serta berapa kenaikan berat badan klien selama hamil.

#### c. Kepala dan leher

Pemeriksaan fisik pada kepala dan leher meliputi inspeksi yang dilakukan pada postur tubuh, kepala, rambut, pada muka (apakah terdapat *cloasma* dan *oedema* pada klien), pada mata (apakah *konjungtiva anemis/ ananemis* serta apakah *sklera ikterik* atau normal), pada hidung (apakah terdapat *polip* pada hidung klien), serta gigi dan mulut (bagaimana kebersihan pada gigi dan mulut, adakah perdarahan atau lesi).

Palpasi dilakukan pada leher untuk memastikan adakah terdapat pembesaran kelenjar *tyroid* atau tidak pada klien/

#### d. Payudara

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu, apakah bentuk payudara simetris atau tidak, bagaimana keadaan *putting susu* (menonjol keluar atau ke dalam), bagaimana keadaan dan warna *aerola mammae*, serta adakah *colostrum*.

#### e. Abdomen

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu apakah pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, apakah ditemukan *linea*

nigra atau tidak, serta apakah ada belas luka atau operasi pada abdomen.

f. Genetalia

Hal yang perlu dikaji dari klien yaitu adakah varises atau oedema pada genitalia, adakah pembesaran kelenjar bartholini atau tidak, bagaimana pengeluaran pervaginam pada klien (lochea yang dikeluarkan bagaimana karakteristiknya), adakah bekas luka atau jahitan pada perineum, apakah berbau atai tidak, bagaimana keadaan anus, serta adakah tanda haemorrhoid atau tidak.

g. Tangan dan kaki

Pada tangan dan kaki hal yang perlu dikaji yaitu apakah simetris atau tidak, apakah terdapat oedema pada tungkai bawah atau tidak, adakah tanda varises pada ekstremitas atau tidak, serta bagaimana pergerakan tangan dan kaki (apakah normal atau ada hambatan dalam bergerak) (Wijaya et al., 2023).

h. Pemeriksaan penunjang

Pada umumnya pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh klien yaitu pemeriksaan darah lengkap untuk mengetahui kadar hemoglobin (Hb), leukosit (WBC), serta pemeriksaan urin lengkap untuk mengetahui apakah terdapat proteinuria atau tidak bagi ibu dengan indikasi preeklamsia.

## **B. Dignosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu post partum menurut PPNI (2017) yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dnegan agen pencedera fisik (post SC) (D.0077)
  - a. Gejala dan tanda mayor



- 1) Subyektif
    - Mengeluh nyeri
  - 2) Obyektif
    - Tampak meringis
    - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
    - Gelisah
    - Frekuensi nadi meningkat
    - Sulit tidur
  - b. Gejala dan tanda minor
    - 1) Subyektif
      - (tidak tersedia)
    - 2) Obyektif
      - Tekanan darah meningkat
      - Pola napas berubah
      - Nafsu makan berubah
      - Proses berfikir terganggu
      - Menarik diri
      - Berfokus pada diri sendiri
      - Diaforesis
2. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula (D.0075)
- a. Gejala dan tanda mayor
    - 1) Subyektif
      - Mengeluh tidak nyaman
    - 2) Obyektif
      - Tampak meringis
      - Terdapat kontraksi uterus
      - Luka episiotomi
      - Payudara bengkak
  - b. Gejala dan tanda minor

- 1) Subyektif
    - (tidak tersedia)
  - 2) Obyektif
    - Tekanan darah meningkat
    - Frekuensi nadi meningkat
    - Berkeringat berlebihan
    - Menangis/ meirntih
    - haemorrhoid
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui (D.0029)
- a. Gejala dan tanda mayor
    - 1) Subyektif
      - Kelelahan maternal
      - Kecemasan maternal
    - 2) Obyektif
      - Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu
      - ASI tidak menetes/ memancar
      - BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam
      - Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua
  - b. Gejala dan tanda minor
    - 1) Subyektif
      - (tidak tersedia)
    - 2) Obyektif
      - Intake bayi tidak adekuat
      - Bayi menghisap tidak terus menerus
      - Bayi menangis saat disusui
      - Bayi rewel dan menangis dalam jam-jam pertama setelah menyusui
      - Menolak untuk menghisap

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (Post SC) (D.0142)
5. Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0049)
  - a. Gejala dan tanda mayor
    - 3) Subyektif
      - Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
      - Pengeluaran feses lama dan sulit
    - 4) Obyektif
      - Feses keras
      - Peristaltik usus menurun
  - b. Gejala dan tanda minor
    - 3) Subyektif
      - Mengejan saat defekasi
    - 4) Obyektif
      - Distensi abdomen
      - Kelemahan umum
      - Teraba massa pada rektal

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018). Berikut merupakan intervensi keperawatan pada pasien *post SC* akan dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. 1 Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post SC) (D.0077)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> </ul>

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula (D.0075)	Perawatan Kenyamanan (I.08245) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi</li> <li>- Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak)</li> <li>- Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</li> <li>- Identifikasi masalah emosional dan spiritual</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan posisi yang nyaman</li> <li>- Berikan kompres dingin atau hangat</li> <li>- Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>- Berikan pijatan</li> <li>- Berikan terapi akupresur</li> <li>- Berikan terapi hipnosis</li> <li>- Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan</li> <li>- Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang diinginkan</li> </ul> Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan</li> <li>- Ajarkan terapi relaksasi</li> <li>- Ajarkan latihan pernapasan</li> <li>- Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing</li> </ul> Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritas, antihistamin, jika perlu</li> <li>-</li> </ul>

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui (D.0029)	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> <li>- Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>- Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan konseling menyusui</li> <li>- Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>- Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan (lacth on) dengan benar</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</li> <li>- Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</li> </ul>
4.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (Post SC) (D.0142)	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai eksudat dan drainase</li> <li>- Berikan diet tinggi kalori dan protein</li> <li>- Berikan suplemen vitamin C</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul> <p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ul>

No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul>
5.	Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0049)	<p>Manajemen Konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa tanda gejala konstipasi</li> <li>- Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)</li> <li>- Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)</li> <li>- Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan atau peritonitis</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan diet tinggi serat</li> <li>- Lakukan masase abdomen, jika perlu</li> <li>- Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu</li> <li>- Berikan enema atau irigasi, jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan</li> <li>- Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>- Latih buang air besar secara teratur</li> <li>- Ajarkan cara mengatasi konstipasi atau impaksi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau</li> </ul>



No.	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		peningkatan frekuensi suara usus - Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

#### D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik untuk menunjang perbaikan kondisi klien. Tahap pelaksanaan dimulai setelah perencanaan disusun sesuai dengan kebutuhan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Simamora, 2019).

#### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Dalam hal ini, untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan dalam tindakan keperawatan dapat beracuan pada luaran keperawatan. Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosa keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019). Berikut merupakan tujuan dan kriteria hasil dengan masalah keperawatan pada pasien *post SC* akan dijelaskan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. 2 Tujuan dan Kriteria hasil berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post SC) (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> </ul>
2.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula (D.0075)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan Status Kenyamanan Pascapartum (L.07061) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan tidak nyaman Meningkat</li> <li>- Kontraksi uterus Menurun</li> <li>- Payudara bengkak Menurun</li> <li>- Tekanan darah Menurun</li> <li>- Frekuensi nadi Menurun</li> </ul>
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/ atau metode menyusui (D.0029)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan Status Menyusui (L.03029) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar Meningkat</li> <li>- Tetesan/pancaran ASI Meningkat</li> <li>- Suplai ASI adekuat Meningkat</li> <li>- Payudara ibu kosong setelah menyusui Meningkat</li> <li>- Hisapan bayi Meningkat</li> <li>- Lecet pada puting Menurun</li> <li>- Frekuensi miksi bayi Membaik</li> </ul>
4.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (Post SC) (D.0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demam menurun</li> <li>- Kemerahan menurun</li> <li>- Nyeri menurun</li> <li>- Bengkak menurun</li> </ul>
5.	Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0049)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka diharapkan Eliminasi Fekal (L.04033) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan defekasi lama dan sulit Menurun</li> <li>- Mengejan saat defekasi Menurun</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri abdomen Menurun</li> <li>- Frekuensi BAB Membaik</li> <li>- Peristaltik usus Membaik</li> </ul>
--	--	--

## 2.4 Slow Stroke Back Massage

### A. Definisi Slow Stroke Back Massage

*Stroking* atau disebut *effleurage* juga merupakan salah satu teknik *manipulations massage* yang sama praktiknya. Yang membedakan antara *stroking* dan *effleurage* yaitu gerakannya yang seringkali berkebalikan dan tujuan dari mekanisme manipulasi pijat itu sendiri. *Stroking* (usapan) merupakan teknik manipulasi di mana arah pijatannya searah yang biasanya dari proksimal ke distal sepanjang jaringan dengan kedalaman dan kecepatan disesuaikan berdasarkan kebutuhan, namun arah usapannya juga dapat bervariasi untuk memberikan kenyamanan yang lebih pada klien (Hollis & Jones, 2009).

*Slow Stroke Back Massage* merupakan terapi manipulasi pada jaringan dengan pijatan lembut untuk memberikan efek fisiologis terutama pada vaskular, muskular, serta sistem saraf tubuh yang memberikan relaksasi secara menyeluruh. Tidak hanya itu, *slow stroke back massage* juga dapat melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah, menurunkan intensitas nyeri, serta dapat meningkatkan kualitas tidur (Afrila et al., 2015).

### B. Prosedur Pelaksanaan

Menurut Hollis & Jones (2009) teknik *stroking* dapat dilakukan dengan menggunakan:

1. Gunakan satu tangan: untuk permukaan tubuh yang sempit. Dapat digunakan untuk memijat bagian sela-sela tubuh maupun anggota gerak tubuh. Seperti bagian lateral tubuh.



Gambar 2. 1 Menggunakan satu tangan untuk permukaan tubuh yang lebih sempit dan tangan lainnya untuk menahan.

Sumber: Buku *Principles and Practice of Therapeutic Massage* (Sinha, 2010)

2. Gunakan dua tangan secara bersamaan: pada permukaan tubuh yang lebih luas (gunakan masing-masing tangan pada tiap sisi). Secara perlahan agar tidak menarik permukaan tubuhnya.



Gambar 2. 2 Posisi awal *slow stroke back massage* yang menggunakan kedua tangan dipermukaan punggung yang luas

Sumber: Buku *Principles and Practice of Therapeutic Massage* (Sinha, 2010)

3. Gunakan tangan kanan dan tangan kiri secara bergantian di permukaan tubuh yang sempit



Gambar 2. 3 Posisi tangan kanan dan kiri yang bergantian saat memijat pada bagian tubuh yang sempit

Sumber: Buku *Principles and Practice of Therapeutic Massage* (Sinha, 2010)

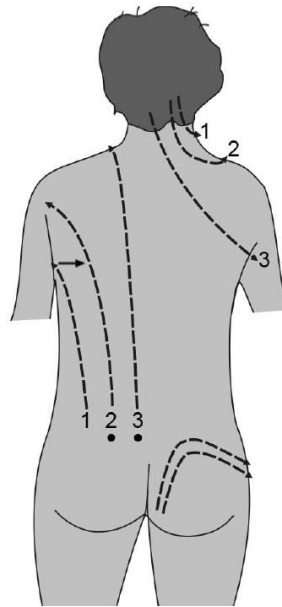
4. Gunakan ibu jari pada permukaan tubuh yang sempit. Gunakan juga satu tangan atau dua tangan secara bergantian.



Gambar 2. 4 Posisi ibu jari saat memijat pada bagian tubuh yang sempit

Sumber: Buku *Principles and Practice of Therapeutic Massage* (Sinha, 2010)

5. Menggunakan teknik yang disebut 'seribu tangan', di mana tangan yang satu mengusap sedikit permukaan dan tangan satunya melakukan hal yang sama menimpa tepat di bagian yang pertama serta saling melewati satu sama lain agar mendapatkan kontak saat manipulasi berlangsung di sepanjang bagian di bawah perlakuan. Gerakan memijat ini hampir sama dengan gerakan tangan kanan dan kiri yang bergantian.



Gambar 2. 5 Area dan arah pemijatan pada bagian punggung

Sumber: Buku *Principles and Practice of Therapeutic Massage* (Sinha, 2010)

### C. Penatalaksanaan Pemberian *Slow Stroke Back Massage*

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anuhgera et al., (2020), dari beberapa jurnal yang dikaji dan dalam penelitiannya, waktu yang digunakan untuk melaksanakan *slow stroke back massage* yaitu 15 menit. Kemudian dari tinjauan pustaka yang dilakukan oleh Harris dan Richards (2009), metode pemberian *slow stroke back massage* (SSBM) memiliki variasi. SSBM dapat diterapkan dalam durasi 3 menit atau 5-10 menit. Sedangkan, menurut Lestari (2018) SSBM dilakukan dengan memberikan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan secara sirkuler dari bawah ke atas hingga pundak yaitu selama 3-10 menit, kemudian apabila responden mengeluh tidak nyaman prosedur dapat langsung dihentikan.

Selama periode percobaan selama sekitar 27 menit, termasuk istirahat awal dan akhir, subjek menerima pijatan lambat selama enam menit tanpa gangguan. Pada akhir percobaan, subjek umumnya melaporkan merasa tenang dan rileks. Para peneliti percaya bahwa SSBM berhasil mengurangi tingkat gairah psiko-emosional dan somatik subjek selama periode istirahat setelah pijatan (Hollis & Jones, 2009).

#### **D. Manfaat Pemberian *Slow Stroke Back Massage***

Manfaat dari stimulasi ketaneus adalah kemampuannya untuk dilakukan di rumah, sehingga memungkinkan klien untuk merasakan kenyamanan pijatan di lingkungan mereka sendiri, yang membantu mengelola gejala nyeri dan merawatnya dengan biaya yang terjangkau. Keluarga juga dapat mempelajari teknik *slow stroke back massage* ini dengan mudah, karena hampir tidak ada kontraindikasi yang signifikan. Pijatan perlahan ini tidak hanya mengurangi persepsi nyeri tetapi juga mengurangi ketegangan otot, yang secara positif berkontribusi terhadap terapi rasa nyaman. Pada klien yang mengalami penyakit terminal, penggunaan teknik *slow stroke back massage* telah terbukti menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik, meningkatkan kualitas hidup mereka. Selama sesi pijatan, perawat dapat menciptakan lingkungan yang tenang dengan menghilangkan gangguan suara, membantu klien menemukan posisi yang paling nyaman, dan menjelaskan dengan jelas tujuan dari terapi tersebut (Lestari, 2018).

#### **E. Mekanisme Kerja *Slow Stroke Back Massage***

Efek pijatan punggung lambat adalah dapat meningkatkan aliran balik vena dan menghilangkan residu yang menumpuk di jaringan. Pijatan yang diberikan dapat merangsang aliran darah lokal dan mobilisasi jaringan lunak. Manfaat psikologis terkait dengan proses saling menyentuh dan relaksasi (Basford, 2006). Efek dari respons relaksasi yang dihasilkan memperpanjang serat otot, mengurangi pengurangan impuls saraf ke otak, dan selanjutnya mengurangi fungsi otak dan sistem tubuh lainnya. Penurunan detak jantung dan laju pernapasan, tekanan darah dan konsumsi oksigen, serta peningkatan aktivitas otak alfa dan suhu kulit perifer (Perry et al., 2017). Pijat dapat meningkatkan rangsangan dan konduksi impuls saraf, yang dapat menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis. Respon yang ditimbulkan oleh aktivitas parasimpatis adalah penurunan tekanan arteri melalui mekanisme *cardiac delay*, sehingga terjadi penurunan curah jantung dan vasodilatasi, serta penurunan tonus simpatis, sehingga terjadi penurunan tekanan darah.