

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis *Sectio Caesarea* (SC)

1. Definisi

Sectio caesarea (SC) adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi per abdominal dengan melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus interior, biasanya yang sering dilakukan insisi segmen bawah transversal (Farrer, 2011). *Sectio caesarea* adalah melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus. (histeretomi) (Cunningham, 2013).

Sectio caesarea adalah cara mengeluarkan janin dengan pembedahan pada dinding abdomen dan uterus. *Sectio caesarea* merupakan bagian dari metode obstetri operatif. Persalinan SC dilakukan sebagai pilihan ketika persalinan normal tidak dapat dilakukan (Reeder *et al.*, 2011). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & William, 2010). *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015).

Berdasarkan beberapa definisi di atas peneliti menyimpulkan bahwa SC adalah suatu tindakan operasi yang bertujuan untuk melahirkan bayi dengan jalan pembukaan dinding perut atas indikasi antara lain disproporsi janin-panggul, gawat janin, plasenta previa,

riwayat SC, kelainan letak, partus tak maju, kehamilan dengan risiko tinggi, preeklampsia dan hipertensi.

2. Tipe-tipe *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea menurut Prawirohardjo (2016) dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

a. *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

b. *Sectio Caesarea* Klasik atau *Sectio Caesarea Corporal*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan SC sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya

plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya risiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya. Setelah dilakukan tindakan SC klasik sebaiknya dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada.

c. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan SC ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukan pembedahannya.

3. *Komplikasi Sectio Caesarea*

Komplikasi SC menurut Farrer (2011) adalah :

- a. Nyeri pada daerah insisi
- b. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi rahim atau akibat atonia uteri yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dari komplikasi ini lebih besar bila SC dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim

- d. Cedera pada sekeliling struktur usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter
- e. Infeksi akibat luka paska operasi
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah
- g. Gangguan laktasi
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul
- i. Potensi terjadinya penurunan kemampuan fungsional

Hasil penelitian Dani & Lana (2013) didapatkan hasil komplikasi terbanyak dari SC di RS Immanuel adalah perdarahan disertai infeksi sebanyak 40 kasus (39,61%) diikuti dengan komplikasi perdarahan saja sebanyak 25 kasus (24,75%) dan infeksi saja sebanyak 11 kasus (10,89%). Penelitian Sari (2013) didapatkan hasil dari 563 persalinan SC diketahui sebanyak 3% mengalami komplikasi dengan komplikasi tertinggi adalah infeksi pada luka insisi sebesar 1,8%.

Komplikasi SC sangat serius sehingga jauh lebih berbahaya dibandingkan persalinan normal, dan berdampak bagi ibu maupun janin. Salfarinai *et.al* (2012), menyatakan risiko persalinan secara SC dibagi menjadi :

- a. Komplikasi jangka pendek

Komplikasi jangka pendek persalinan SC yaitu infeksi pada bekas jahitan, infeksi rahim, keloid terjadinya penonjolan jaringan parut, cedera pembuluh darah, cedera pada kandung kemih saat SC dilakukan organ ini bisa saja terpotong, perdarahan darah yang

hilang lewat SC dua kali lipat dibandingkan dengan persalinan normal, air ketuban masuk ke dalam pembuluh darah sehingga terjadi *pulmonary embolism*, jantung dan pernafasan ibu bisa berhenti secara tiba-tiba terjadilah kematian mendadak.

b. Komplikasi Jangka Panjang

1) Masalah psikologis

Perempuan yang mengalami SC mempunyai perasaan negatif setelah operasi seperti depresi pasca persalinan. Beberapa mengalami reaksi stress pasca trauma berupa mimpi buruk, atau keetakutan luar biasa terhadap kehamilan, yang disebabkan karena ibu tidak siap menghadapi operasi.

Hasil penelitian Miyansaski (2014) didapatkan hasil dari 56 responden yang terdiri dari 28 orang ibu *post partum* dengan persalinan normal terdapat 19 orang ibu *post partum* (67,9%) yang tidak mengalami *post partum blues* dan 9 orang ibu *post partum* (32,1%) yang mengalami *post partum blues* dan 28 orang ibu *post partum* dengan persalinan SC terdapat 18 orang (64,3%) yang tidak mengalami *post partum blues* dan hanya 10 orang ibu *post partum* (35,7%) yang mengalami *post partum blues*.

2) Pelekatan organ bagian dalam.

Penyebab pelekatan organ bagian dalam pada SC adalah tidak bersihnya lapisan permukaan dari noda darah. Terjadilah

pelekatan yang menyebabkan rasa sakit pada panggul, masalah pada usus besar, serta nyeri pada saat melakukan hubungan seksual.

3) Pembatasan kehamilan

Perempuan yang pernah mengalami operasi SC hanya boleh melakukan persalinan sebanyak 3 kali boleh 5 kali tetapi risiko dan komplikasi lebih berat.

c. Komplikasi Persalinan Selanjutnya

1) Sobeknya jahitan rahim

Ada 7 lapisan jahitan yang dibuat saat operasi SC, yaitu jahitan pada kulit, lapisan lemak, sarung otot, otot perut, lapisan dalam perut, lapisan luar rahim dan rahim. Jahitan rahim ini dapat sobek pada persalinan berikutnya. Makin sering menjalani operasi SC makin tinggi risiko terjadinya robekan.

2) Pengerasan plasenta

Plasenta bisa tumbuh ke dalam melewati dinding rahim, sehingga sulit dilepaskan. Bila plasenta sampai menempel terlalu dalam (sampai ke *myometrium*), harus dilakukan pengangkatan rahim karena plasenta mengeras. Risikonya terjadi plasenta ini bisa meningkat karena SC.

Hasil penelitian Hartono (2013), diketahui bahwa wanita dengan riwayat SC lebih dari 2 kali berisiko 11,32 kali untuk

terjadi *placenta accreta*. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan patologis yang terjadi pada miometrium dan endometrium. Jika ada jaringan parut bekas SC mengakibatkan implantasi plasenta menjadi rendah pada *ostium uteri internum* sehingga meningkatkan risiko plasenta previa.

3) Tersayat

Tersayatnya bayi saat *sectio secarea* terjadi jika air ketuban yang membuat volume ruang dalam rahim menyusut. Akibatnya, ruang gerak bayipun berkurang dan lebih mudah terjangkau pisau bedah. Selain itu, pembedahan lapisan perut yang mengalirkan darah terus menerus sehingga semburan darah membuat janin sulit terlihat. Pembedahan yang dilakukan tidak hati-hati, bisa membuat bayi tersayat, terlebih dinding rahim sangat tipis.

4) Masalah pernafasan

Bayi yang lahir lewat SC, cenderung mempunyai masalah pernafasan yaitu nafas cepat dan tak teratur. Ini terjadi karena bayi tidak mengalami tekanan saat lahir seperti bayi yang lahir alami sehingga cairan paru-parunya tidak bisa keluar. Masalah pernafasan ini akan berlanjut sampai beberapa hari setelah lahir.

Rendahnya angka *Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration* (APGAR) merupakan efek anastesi dari *sectio*

caesarea, kondisi bayi yang stress menjelang lahir, atau bayi tidak distimulasi sebagaimana bayi yang lahir lewat persalinan normal. Beberapa penelitian, bayi yang lahir SC butuh perawatan lanjutan dan alat bantu pernafasan yang lebih tinggi dibandingkan bayi lahir normal.

Hasil penelitian Fitriani (2011) didapatkan hasil kejadian asfiksia neonatorum *post* SC sebanyak 129 kasus. Kejadian asfiksia pada ibu dengan SC 2,38 kali lebih besar dibandingkan pada ibu dengan persalinan normal. Hasil penelitian Sagita (2016) didapatkan hasil ada hubungan antara persalinan SC dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir, risiko terjadinya asfiksia pada bayi yang dilahirkan secara SC, berisiko 1.990 kali dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan secara tidak SC.

4. Indikasi Persalinan *Sectio Caesarea*

Beberapa indikasi seorang ibu harus menjalani persalinan dengan metode pembedahan SC menurut Cunningham (2013) sebagai berikut:

a. Disproporsi Kepala Panggul

Keadaan dimana ibu memiliki panggul sempit, sehingga bayi dengan ukuran yang tidak proporsional dengan ukuran panggul ibunya mengalami kesulitan untuk melewati jalan lahir atau persalinan pervaginam.

b. Kasus Gawat Janin

Keadaan dimana terjadi suatu kondisi gawat janin, yaitu pada kondisi terinfeksi, Ketuban Pecah Dini (KPD) yang merupakan kejadian bayi yang terendam air ketuban sehingga bayi menderita demam tinggi karena ibu mengalami eklampsia (keracunan kehamilan).

c. Plasenta Previa

Keadaan dimana plasenta terletak di bawah sehingga menutupi jalan lahir atau liang rahim sehingga bayi tidak dapat keluar melalui persalinan pervaginam.

d. Letak Lintang

Keadaan dimana posisi janin dalam kandungan yang letaknya melintang, sehingga tidak dimungkinkan jika bayi dilahirkan pervaginam.

e. *Incoordinate Uterine Action*

Keadaan dimana adanya suatu kontraksi rahim yang tidak adekuat dan tidak mampu terkoordinasi sehingga tidak mampu mendorong bayi untuk keluar dari rahim.

f. Preeklampsia

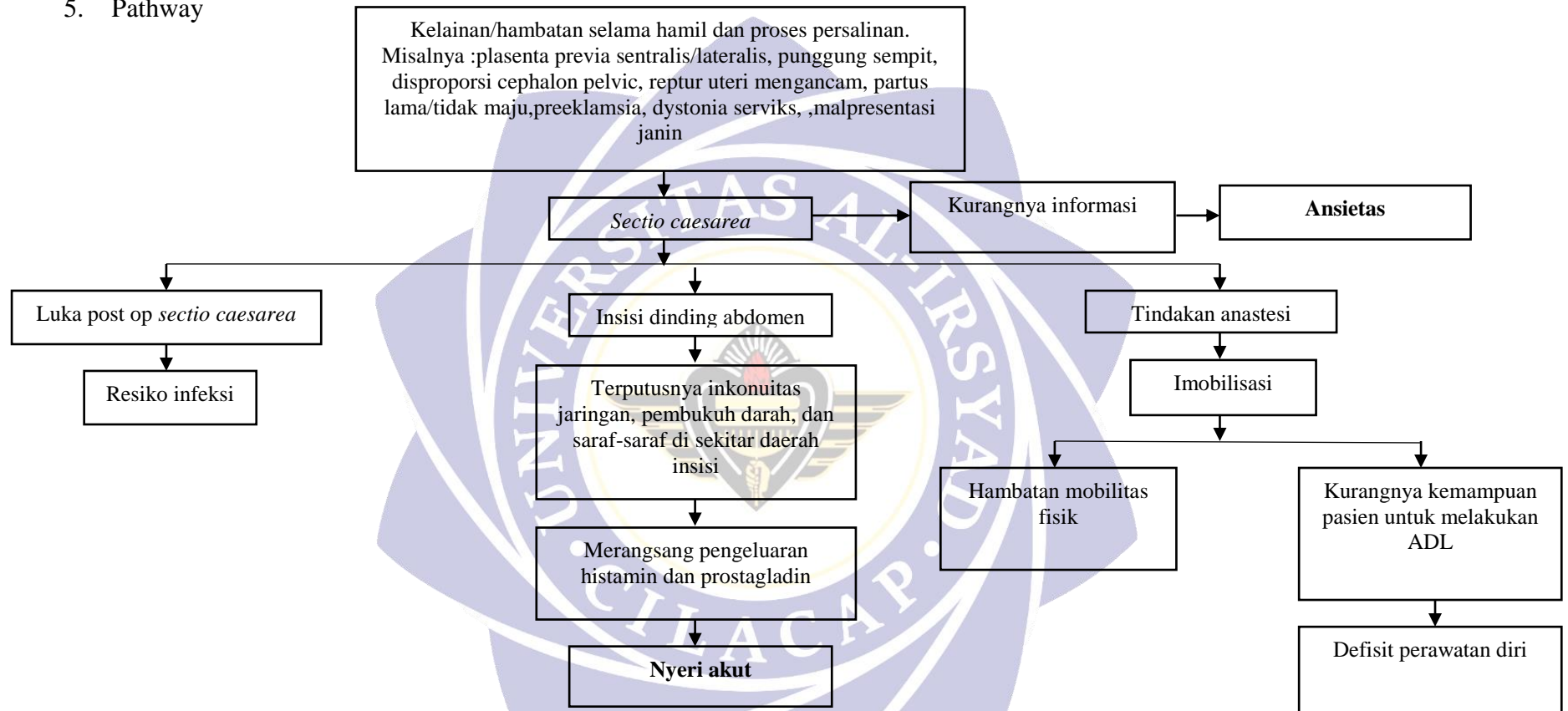
Keadaan dimana muncul gejala seperti tekanan darah tinggi, penglihatan kabur, protein dalam urin (proteinuria) atau muncul gejala yang lebih berat seperti eklampsia yang terjadi pada ibu selama kehamilan berlangsung.

- g. Ibu meninggal, sedangkan bayi di dalam kandungan masih hidup.
- h. Riwayat SC sebelumnya.

Kondisi ibu yang pernah melakukan SC pada persalinan sebelumnya, maka pada persalinan selanjutnya dilakukan SC untuk menghindari sobekan jalan lahir.



5. Pathway



Gambar 2.1 *Pathway Sectio Caesarea*
Rahma Novita (2018)

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep Nyeri Akut

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan jaringan tubuh (Wahyudi & Wahid, 2016). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2015). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer & Barre, 2017).

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikan. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan. Definisi nyeri dalam kamus medis mencakup perasaan distress, penderitaan, atau kesakitan, yang disebabkan oleh stimulus ujung saraf tertentu (Rosdahl & Kowalski, 2017). Rasa nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang alami dari manusia, yaitu suatu peringatan akan adanya bahaya. *International Association For the study of Pain* mendefinisikan bahwa nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan jaringan

secara actual dan potensial. Nyeri merupakan mekanisme protektif bagi tubuh yang menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan nyeri tersebut (Putri, 2020).

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dapat ditarik kesimpulan nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda.

b. Fisiologi Nyeri

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan relaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi

kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Wahyudi & Wahid, 2016).

c. Klasifikasi Nyeri

International Association for the Study of Pain (IASP) telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri: (Raja *et al.*, 2020)

1) Nyeri Akut

Biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respon terhadap beberapa jenis trauma, Nyeri akut terjadi dalam waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermiten (sesekali), tidak konstan. Nyeri akut berasal dari cara normal system saraf memproses trauma pada kulit, otot, dan organ visceral. Istilah lain untuk nyeri akut adalah nyeri nosiseptif.

2) Nyeri Alih

Nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan dibagian tubuh. Nyeri alih paling sering berasal dari *visceral* (organ internal) dan dapat dipersepsikan dikulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

3) Nyeri Kanker

Nyeri hasil dari beberap jenis keganasan. Seringkali nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap *intractable* (tidak

dapat diatasi dan kronis). Keperawatan *hospice* seringkali dilibatkan dalam penatalaksanaan nyeri kanker.

4) Nyeri Kronis

Nyeri ini juga disebut nyeri *neuropatik*. Didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur hidup klien. Istilah yang digunakan untuk nyeri kronis yang resisten terhadap intervensi terapeutik adalah *intractable pain* (nyeri lasat) (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Nyeri menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis

Tabel 2.1 Klasifikasi Nyeri

Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.
Penyebab nyeri akut antara lain:	Penyebab nyeri kronis antara lain:
1. Agen pencedera fisik (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)	1. Kondisi muskuloskeletal kronis
2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)	2. Kerusakan sistem saraf
3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	3. Penekanan saraf
	4. Infiltrasi tumor
	5. Ketidakseimbangan neuromodulator, dan reseptor
	6. Gangguan imunitas (mis: neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)
	7. Gangguan fungsi metabolik
	8. Riwayat posisi kerja statis
	9. Peningkatan indeks massa tubuh
	10. Kondisi pasca trauma
	11. Tekanan emosional
	12. Riwayat penganiayaan (mis: fisik, psikologis, seksual)
	13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat.

d. Pengertian Nyeri Akut

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 tiga bulan. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak.

Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

e. Etiologi nyeri akut

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Teori *Gate Control* mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf

pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menransmisikan impuls melalui mekanisme petahanan.

Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri. Saat impuls diantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2015).

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula

spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Potter & Perry, 2015).

f. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut

Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri akut pada pasien *Post Sectio caesarea* yaitu etnik dan nilai budaya, tahap perkembangan, lingkungan dan individu pendukung, ansietas dan stress (Mubarak *et al.*, 2015)

1) Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang

mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Ansietas dan stress

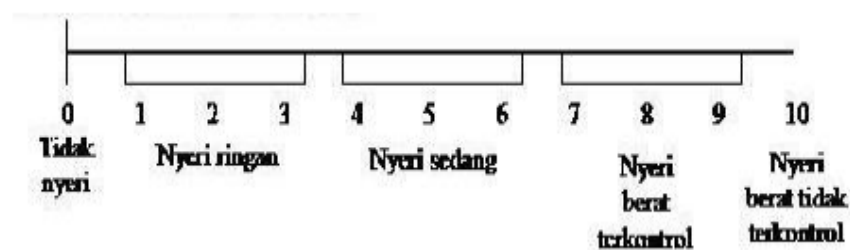
Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka

g. Pengukuran intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

1) Skala intensitas nyeri deskriptif

Skala deskriptif adalah alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale-VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

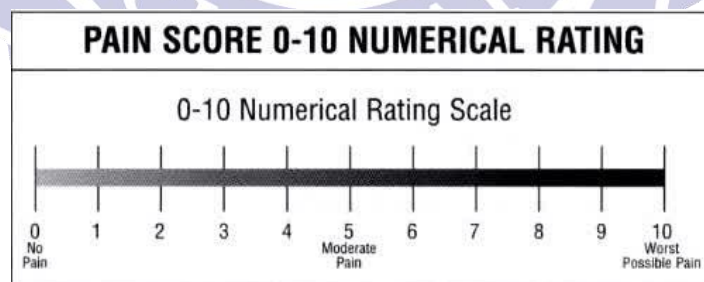


Gambar 2.2 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

2) Skala penilaian nyeri numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Nyeri bersifat subjektif, karena itu pengkajian awal sangat penting berdasarkan laporan klien (Strong *et al.*, 2012).

Reliabilitas NRS telah dilakukan ujinya oleh Brunelli *et al.* (2010), dengan membandingkan instrumen NRS, VAS, dan VRS untuk mengkaji nyeri pada 60 pasien. Hasil uji *Cohen's Kappa* untuk instrument NRS adalah 0,86 (sangat baik). Instrumen pengukuran NRS adalah seperti gambar 3 di bawah ini:



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber : (McCaffery & Pasero, 1999)

Keterangan Skala Nyeri NRS:

0 : tidak ada rasa sakit. Merasa normal.

- 1 : nyeri hampir tak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
- 2 : (tidak menyenangkan) nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
- 3 : (bisa ditoleransi) nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
- 4 : (menyedihkan) kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
- 5 : (sangat menyedihkan) kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.
- 6 : (intens) kuat, dalam nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu
- 7 : (sangat intens) sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
- 8 : (benar-benar mengerikan) nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami

perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

9 : (menyiksa tak tertahankan) nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.

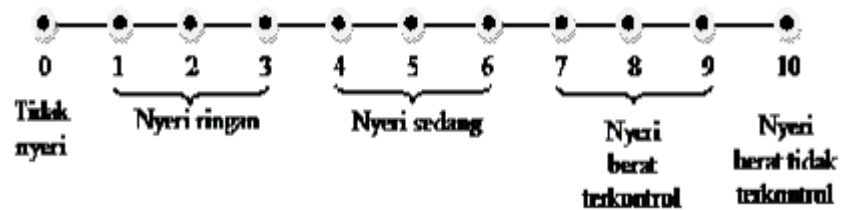
10: (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini.

3) Skala analog visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale-VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik paada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

4) Skala nyeri menurut Bourbanis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 2.4 Skala Nyeri menurut Bourbanis

h. Tanda dan gejala

Data mayor dan data minor pada nyeri akut menurut Tim Pokja

SDKI PPNI (2017) antara lain:

Tabel 2.2 Tanda dan Gejala Mayor dan Minor

Data	Mayor	Minor
Subjektif	Mengeluh Nyeri	Tidak ditemukan data subjektif
	1. Tampak meringis	1. Tekanan darah meningkat
	2. Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)	2. Pola nafas berubah
	3. Gelisah	3. Nafsu makan berubah
Objektif	4. Frekuensi nadi meningkat	4. Proses berpikir terganggu
	5. Sulit tidur	5. Menarik diri
		6. Berfokus pada diri sendiri
		7. Diaforesis

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

i. Penanganan nyeri

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologis

maupun non farmakologis sebagai berikut:

1) Penanganan Farmakologis

Penanganan farmakologis untuk mengatasi nyeri dapat

dilakukan dengan menggunakan:

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini (Wahyudi & Wahid, 2016).

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster (Wahyudi & Wahid, 2016).

2) Penanganan nyeri non farmakologis

Menurut Andarmoyo (2013), Penanganan non farmakologis untuk mengatasi nyeri adalah sebagai berikut :

a) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal diluar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri

b) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan

matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekhalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Pada saat perawat mengajarkan ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras Bersama pasien pada awalnya. Napas yang lambat, berirama, juga dapat digunakan sebagai teknik distraksi. Hampir semua orang dengan nyeri mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri akut dan yang meningkatkan nyeri.

c) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya.

2. Relaksasi Genggam Jari

a. Pengertian

Teknik relaksasi genggam jari adalah proses mengendalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Relaksasi genggam jari yang juga disebut sebagai *finger hold* adalah sebuah teknik relaksasi yang digunakan untuk meredakan atau mengurangi intensitas nyeri pasca pembedahan (Tyas & Sadanoer, 2019). Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen *non nociceptor*. Serabut saraf *non nociceptor* mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang (Kurlinawati, 2017).

b. Tujuan

Terapi relaksasi genggam jari sebagai pendamping terapi farmakologi yang bertujuan untuk meningkatkan efek analgesik sebagai terapi pereda nyeri post operasi. Dilakukan saat nyeri tidak dirasakan pasien. Terapi relaksasi bukan sebagai pengganti obat-obatan tetapi diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa menit atau detik. Kombinasi teknik ini dengan obat-obatan yang dilakukan secara simultan merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer & Barre, 2017). Relaksasi genggam jari mempunyai tujuan sebagai berikut:

- 1) Mengurangi nyeri, takut, dan cemas
- 2) Mengurangi perasaan panik, khawatir, dan terancam

- 3) Memberikan perasaan nyaman pada tubuh
- 4) Menenangkan pikiran, dan mampu mengontrol emosi
- 5) Melancarkan aliran darah

Teknik menggenggam jari dengan genggam jari, dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi yang terletak pada jari kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara spontan pada saat di genggam. Hasil yang diberikan pada teknik tersebut dapat berpengaruh dalam mengurangi nyeri dari skala 6 menjadi 3 (Pratiwi *et al.*, 2020).

c. **Indikasi**

Semua klien yang mengalami nyeri ringan (skala 1-3), nyeri sedang (skala 4-6), berat (7-9) (Sofiyah, 2015).

d. **Prosedur teknik genggam jari**

Waktu yang dibutuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu 15 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 15 menit dan dapat diulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat dilakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi. Prosedur pelaksanaan teknik relaksasi genggam jari:

- 1) Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- 2) Siapkan lingkungan yang tenang
- 3) Kontrak waktu dan jelaskan tujuan

- 4) Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan
- 5) Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- 6) Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien ke posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang
- 7) Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- 8) Peganglah jari tangan kanan dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, dan dilanjutkan jari berikutnya dengan menggunakan tangan kiri. Lakukan sebaliknya pada tangan kiri
- 9) Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut melalui hidung, dan tahan selama 3 detik/3 hitungan
- 10) Minta pasien untuk menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan dan teratur sambil menghitung dalam hati “satu, dua, tiga”
- 11) Anjurkan pasien menarik nafas melalui hitung, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan

- 12) Minta pasien untuk menghembuskan nafas melalui mulut, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- 13) Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari
- 14) Dokumentasi respon pasien yang meliputi, adakah penurunan skala nyeri yang dirasakan, dan kualitas nyeri yang dirasakan.



Gambar 2.5 Teknik Relaksasi Genggam Jari
Sumber: Pratiwi (2020)

e. Pengaruh teknik genggam jari terhadap penurunan nyeri

Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3 - 5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ

tubuh yang mengalami gangguan, sehingga penyumbatan di jalur energi menjadi lancar (Puwahang, 2011).

3. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

a. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2014). Pengkajian terdiri atas pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining dilakukan ketika menentukan keadaan normal atau abnormal. Jika beberapa data ditafsirkan abnormal, maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk menentukan diagnosa yang tepat (Wilkinson, 2015).

Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji dalam SDKI meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pengkajian dalam tahap proses keperawatan meliputi sebagai berikut:

1) Identitas pasien

Identitas klien yang dikaji meliputi nama (inisial), umur, alamat, jenis kelamin, pendidikan, agama, diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering terjadi dan menjadi alasan klien dengan untuk meminta pertolongan kesehatan. Pasien post SC mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (*plasenta previa*, *solution plasenta*, *plasenta accrete*, *vasa previa*), kelainan tali pusat (*prolapses* tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

4) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian penyakit dahulu diarahkan pada waktu sebelumnya atau saat mengalami sakit saat dahulu. Mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit

yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

5) Riwayat perkawinan

Riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

6) Riwayat obstetri

Pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

7) Riwayat persalinan sekarang meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

8) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

9) Pola Kesehatan Fungsional

- a) Bernafas, pada pasien dengan post SC tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- b) Makan dan minum, pada pasien *post* SC tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- c) Eliminasi, pada pasien *post* SC pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan *dower kateter* yang tertampung di *urine bag*.
- d) Istirahat dan tidur, pada pasien *post* SC terjadi gangguan pada pola istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- e) Gerak dan aktifitas, pada pasien *post* SC terjadi gangguan gerak dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- f) Kebersihan diri, pada pasien *post* SC kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- g) Berpakaian, pada pasien *post* SC biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- h) Rasa nyaman, pada pasien *post* SC akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.

Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif. Data yang terkumpul secara komprehensif dapat dijadikan sebagai acuan dalam menentukan manajemen nyeri yang tepat.

Tabel 2.3 Komponen Pengkajian Nyeri PQRST

Komponen	Definisi
P (<i>provoking incident</i>)	1. Faktor pencetus atau penyebab 2. Faktor yang meringankan: teknik atau keadaan yang dapat menurunkan nyeri 3. Faktor yang memperberat: teknik atau keadaan yang dapat meningkatkan nyeri
Q (<i>Quality/Quantity</i>)	Deskripsi nyeri yang dirasakan seseorang, karakteristik nyeri.
R (<i>Region/Relief</i>)	Regio yang mengalami nyeri, dapat ditunjukkan dengan gambar.
S (<i>Severity</i>)	Kekuatan dari nyeri dengan menggunakan skala nyeri.
T (<i>Time</i>)	Waktu timbul nyeri, periode (durasi) nyeri dirasakan

Sumber : (Zakiyah, 2015)

Saat mengkaji nyeri, perawat harus memberikan pasien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan cara atau kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri pada pasien, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

- a) Lokasi: untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, perawat bisa memberikan bantuan dengan gambar tubuh untuk pasien agar bisa menandai bagian mana yang dirasakan nyeri.

- b) Intensitas nyeri: cara menentukan intensitas nyeri pasien, biasanya paling banyak menggunakan skala nyeri biasanya dalam rentang 0-5 atau 0-10. Angka “0” menandakan tidak adanya nyeri dan angka tertinggi adalah nyeri “terhebat” yang dirasakan pasien.
- c) Kualitas nyeri: terkadang nyeri yang dirasakan bisa seperti, tertusuk-tusuk, teriris benda tajam, disetrum dan rasa terbakar. Perawat dapat mencatat kata-kata yang digunakan pasien dalam menggambarkan nyerinya.
- d) Pola: pola nyeri meliputi, waktu, durasi, dan kekambuhan interval nyeri. Maka, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.
- e) Faktor presipitasi: terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Seperti, aktivitas berlebih yang mengakibatkan timbulnya nyeri dada, selain itu faktor lingkungan, suhu lingkungan dapat berpengaruh terhadap nyeri, stresor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.
- f) Gejala yang menyertai: nyeri juga bisa menimbulkan gejala yang menyertai, seperti mual, muntah, dan pusing.
- g) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari: dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian pasien

akan membantu perawat dalam memahami perspektif pasien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri, yaitu pola tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan dan aktivitas di waktu senggang.

- h) Sumber koping: setiap individu memiliki strategi koping berbeda-beda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, atau pengaruh agama dan budaya.
- i) Respon afektif: respon afektif pasien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, dan faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri pasien (Mubarak *et al.*, 2015).
- j) Konsep diri, pada pasien *post* SC seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- k) Sosial, pada SC lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- l) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan *post* partum terutama untuk ibu dengan SC meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-

hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar

10) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit.
- b) Pemeriksaan kepala wajah: Konjuntiva dan sklera mata normal atau tidak.
- c) Pemeriksaan leher: Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- d) Pemeriksaan *thorax*: Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- e) Pemeriksaan buah dada: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (*colostrum*, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- f) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka dan tanda-tanda infeksi disekitar luka operasi.
- g) Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- h) Genetalia: Menggunakan *dower kateter*.

i) Data penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC)

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2021).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien post operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

a) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Etiologi

- (1) Agen pencedera fisik (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat benda berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih).

c) Manifestasi Klinis

(1) Gejala dan tanda mayor

- (a) Subyektif : pasien mengeluh nyeri,
- (b) Obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

(2) Gejala dan tanda minor

- (a) Subyektif : tidak ada
- (b) Obyektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017).

d) Kondisi Klinis Terkait

- 1) Kondisi pembedahan
- 2) Cedera traumatis

- 3) Infeksi
 - 4) Sindrom Koroner Akut
 - 5) Glaukoma
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D0054)

a) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Etiologi

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan musculoskeletal
- (12) Gangguan neuromuscular
- (13) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak

(16) Nyeri

(17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

(18) Kecemasan

(19) Gangguan kognitif

(20) Keengganan melakukan pergerakan

(21) Gangguan sensoripersepsi

c) Manifestasi Klinis

(1) Gejala dan tanda mayor:

(a) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(b) Obyektif : rentang gerak menurun,

(2) Gejala dan tanda minor :

(a) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,

(b) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.

d) Kondisi Klinis Terkait

(1) Stroke

(2) Cedera medulla spinalis

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) *Osteoarthritis*

(6) *Ostemalasia*

(7) keganasan

3) Resiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (0142)

a) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

b) Faktor Resiko

- (1) Penyakit kronis
- (2) Efek prosedur invasif
- (3) Malnutrisi
- (4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- (5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- (6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Luka bakar
- (2) PPOK
- (3) DM
- (4) Tindakan Invasif
- (5) Kanker
- (6) Gagal ginjal
- (7) Gangguan fungsi hati
- (8) Penyalahgunaan obat

c. Intervensi

Menurut PPNI, (2018) Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat dan didasarkan pada

pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai iuran (*outcome*) yang diharapkan. Adapun intervensi yang sesuai pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan/ dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Ekpektasi : Menurun

Kriteria Hasil

- (a) Keluhan nyeri
- (b) Meringis
- (c) Sikap protektif
- (d) Gelisah

Skor :

- (a) Menurun
- (b) Cukup menurun
- (c) Sedang
- (d) Cukup meningkat
- (e) Meningkat

2) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)

Tujuan : mobilitas fisik (L.09079)

Definisi : kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Ekpektasi : meningkat

Kriteria hasil

- (a) Nyeri
- (b) Kecemasan
- (c) Gerakan terbatas
- (d) Kelemahan fisik

Skor

- (a) Meningkat
- (b) Cukup meningkat
- (c) Sedang
- (d) Cukup menurun
- (e) Menurun

3) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur *invasive* (0142)

Tujuan : tingkat infeksi (L.14137)

Definisi : derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi

Ekpektasi : menurun

Kriteria hasil :

- (a) Nyeri
- (b) Kemerahan
- (c) Bengkak

Skor

- (a) Meningkat
- (b) Cukup meningkat
- (c) Sedang
- (d) Cukup menurun
- (e) Menurun

b. Implementasi

Keperawatan atau implementasi perawatan adalah manajemen dan implementasi rencana perawatan yang dibuat selama fase perencanaan. Fokus pelaksanaannya adalah menjaga daya tahan tubuh, mendeteksi perubahan sistem tubuh, menghindari komplikasi, dan mempererat hubungan pasien dengan lingkungan (Wahyuni, 2016). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan Tindakan kolaboratif. Tindakan mandiri adalah aktivitas yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan yang lainnya. Tindakan kolaboratif adalah tindakan yang didasarkan atas hasil keputusan Bersama (Tarwoto

& Wartonah, 2015). Implementasi yang akan dilaksanakan berupa manajemen nyeri dengan menggunakan relaksasi genggam jari.

c. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah. Evaluasi merupakan aspek penting proses keperawatan karena dari evaluasi dapat ditentukan apakah intervensi yang dilakukan harus diakhiri, dilanjutkan, ataupun dirubah (Berman *et al.*, 2016). Proses pembentukan menitik beratkan pada aktivitas proses keperawatan dan hasil kualitas layanan tindakan keperawatan, proses evaluasi harus dilaksanakan dan dilanjutkan hingga tujuan tercapai. disusun menggunakan SOAP :

S : Ekspresi emosional atau keluhan pasien setelah implementasi

O : Keadaan objektif ditentukan oleh perawat melalui observasi objektif

A : Analisis perawat setelah memahami apakah reaksi subjektif dan objektif diselesaikan

P : Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa

Menurut Wardani (2013), ada beberapa kemungkinan dari hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan, yaitu jika pasien menunjukkan perubahan dengan standar outcome yang telah dibuat, maka tujuan tercapai, jika pasien menunjukan bahwa beberapa standar outcome yang

ditetapkan berubah, maka tujuan tercapai jika itu hampir tidak berubah atau tidak membuat kemajuan sama sekali, itu belum diimplementasikan.

C. *Evidence Base Prattice (EBP)*

Terdapat beberapa hasil penelitian sebelumnya yang digunakan oleh peneliti sebagai dasar melakukan tindakan pemberian pemberian relaksasi genggam jari terhadap penurunan tingkat nyeri pada asuhan keperawatan dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea*.

Tabel 3.4 *Evidence Base Prattice (EBP)*

Nama (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Erni Hernawati (2023)	Pengaruh relaksasi genggam jari terhadap pasien pasca operasi untuk penurunan nyeri <i>sectio caesarea</i>	Metode pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif, salah satu pendekatan kuantitatif yaitu <i>quasi experiment</i> dengan jenis <i>pre-test</i> dan <i>post-test design</i> . Analisis data menggunakan uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> . Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dan lembar pengukuran tingkat nyeri (<i>Numerical Rating Scale</i>). Teknik pengumpulan sampel menggunakan <i>purposive sampling</i> yaitu 30 sampel	Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang mengalami nyeri terbanyak sebelum relaksasi genggam jari adalah nyeri sedang yaitu (71,4 %), sedangkan nyeri terbanyak setelah dilakukan relaksasi genggam jari yaitu nyeri ringan yaitu (63,3 %), dengan hasil uji statistik p value $0,000 \leq 0,05$ dan nilai Z hitung -6,260. Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pada ibu post sectio caesarea di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang.
Yayutrisnawati (2018)	Pengaruh relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pada ibu post sectio caesarea	Metode pendekatan yang dilakukan dalam Penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif, salah satu pendekatan kuantitatif yaitu <i>quasi experiment</i> dengan jenis <i>pre-test</i> dan <i>post-test design</i> . Analisis data menggunakan uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> . Instrumen	Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang mengalami nyeri terbanyak sebelum relaksasi genggam jari adalah nyeri sedang yaitu (71,4 %), sedangkan nyeri terbanyak setelah dilakukan relaksasi genggam jari yaitu nyeri ringan yaitu (63,3 %), dengan hasil uji statistik p value $0,000 \leq 0,05$ dan nilai

Nama (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Fany Lairin Djala (2018)	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Poso	penelitian menggunakan lembar observasi dan lembar pengukuran tingkat nyeri (<i>Numerical Rating Scale</i>). Teknik pengumpulan sampel menggunakan <i>consecutive sampling</i> yaitu 49 sampel Metode pendekatan yang dilakukan dalam Penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif, salah satu pendekatan kuantitatif yaitu <i>quasi experiment</i> dengan jenis <i>pre-test</i> dan <i>post-test design</i> . Analisis data menggunakan uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> . Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi dan lembar pengukuran tingkat nyeri (<i>Numerical Rating Scale</i>). Teknik pengumpulan sampel menggunakan <i>Accidental sampling</i> yaitu 32 sampel	Z hitung -6,260. Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pada ibu post sectio caesarea di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa uji <i>Wilcoxon Singned Rank Test</i> di dapatkan nilai <i>P-value</i> = 0,000 ($P < 0,05$) pada kelompok perlakuan yang berarti terdapat pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap tingkat nyeri pada pasien post <i>sectio caesarea</i> di ruangan kebidanan Rumah Sakit Umum Daerah Poso. Pada kelompok kontrol ditemukan tidak adanya perubahan intensitas nyeri yang signifikan dimana nilai <i>P-Value</i> = 0,083 ($P > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi genggam jari efektif untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi <i>sectio caesarea</i> .