

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teknik Relaksasi *Holding Finger*

a. Definisi

Teknik relaksasi genggam jari atau *Holding finger* merupakan teknik relaksasi sangat mudah untuk dilakukan oleh siapapun. Teknik ini berhubungan dengan jari dan aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil mengatur pernapasan secara teratur dapat mengurangi atau menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik relaksasi genggam jari ini nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jaringan pembuluh darah dan saraf dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga bisa memberi rangsangan reflek secara spontan pada saat tangan digenggamkan. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Astutik, & Kurlinawati, 2017).

2. Mekanisme

Relaksasi genggam jari atau disebut juga dengan *Holding Finger* menghasilkan impuls yang di kirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau dikurangi intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam 8 jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Astutik & Kurlinawati, 2017). Relaksasi genggam jari adalah dapat membantu mengendalikan rasa nyeri dan merupakan ketenangan dalam

diri individu disebabkan oleh relaksasi yang dapat membangun pikiran positif. Pikiran tersebut yang dapat menstimulasi otak untuk menghasilkan hormon Endorfin dan menurunkan hormon Kortisol. Terapi genggam jari akan menstimulasi pengeluaran hormone melatonin dan memproduksi zat β Endorphin dan Enkephalin, keduanya mampu membuat tubuh menjadi rileks, tenang, rasa nyeri berkurang dan menimbulkan perasaan senang (Rahmah, 2021).

3. Manfaat relaksasi *Holding Finger*

Manfaat relaksasi *Holding Finger* atau genggam jari, adalah untuk mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan mengalirkan semacam gelombang kejutan atau listrik menuju ke otak yang kemudian akan di proses dengan cepat dan diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017) adapun manfaat dari teknik relaksasi genggam jari ini yaitu :

- a. Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman.
- b. Memperbaiki aspek emosi.
- c. Menurunkan kecemasan dan depresi.
- d. Menurunkan rasa Nyeri.

4. Efek relaksasi *Holding Finger* terhadap Nyeri

Menurut penelitian yang dilakukan (Evrianasasi, dkk, 2018). Hasil dari analisa menunjukan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian teknik relaksasi *Holding Finger* atau relaksasi genggam jari, dengan penurunan nyeri pada ibu post *sectio caesarea*. Hal ini karena ibu yang melakukan relaksasi genggam jari mendapat kenyamanan sehingga lebih mudah dalam mengontrol nyeri yang dirasakan pasien post operasi *sectio caesarea*. Sebelum diberikan relaksasi genggam jari ini, ibu merasa nyeri yang sangat signifikan yaitu 8 (berat) setelah dilakukan tindakan tersebut nyeri yang dirasakan oleh ibu menurun sehingga tingkat keparahan nyeri berada pada angka normal yaitu 4 (ringan). Dalam penelitian ini ibu post operasi *sectio caesarea* akan merasakan nyeri yang menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu post operasi seperti

terganggunya mobilitas, malas beraktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, bahkan ibu bisa mengalami kembung yang membuat luka terasa lebih nyeri. Ibu yang diberikan relaksasi genggam jari ini bisa memberikan kenyamanan dan ketenangan pada ibu, selama pemberian relaksasi genggam jari ini ibu merasa diperhatikan karena pendampingan yang diberikan membuat ibu lebih bisa melupakan rasa nyeri yang dirasakan. Ibu mempunyai teman untuk bercerita tentang keluhannya dan relaksasi genggam jari ini membuat ibu merasa nyaman, lebih tenang sehingga nyeri yang dirasakan ibu berkurang. Ibu lebih menjadi semangat dan berusaha untuk lebih cepat sembuh, (Evrianasasi, dkk, 2018).

Hal ini memiliki kesesuaian dengan teori relaksasi genggam jari yang menyebutkan bahwa relaksasi genggam jari menghasilkan implus yang dikirim serabut saraf eferen non-nosiseptor. Serabut saraf aferen non-nonsiseptor mengakibatkan gerbang tertutup sehingga stimulus pada kortek serebri dihambat atau dikurangi akibat counter stimulus relaksasi genggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulus relaksasi genggam jari yang lebih dulu dan lebih banyak mencapai objek (Astuti, 2017). Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf eferen nosiseptor dan non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “pintu gerbang nyeri” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang (Brinks, 2019).

5. Tujuan relaksasi *Holding Finger*

Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu tubuh, pikiran, dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang dalam (Astutik & Kurlinawati, 2017).

6. Standar Prosedur Operasional (SPO) Relaksasi *Holding Finger*

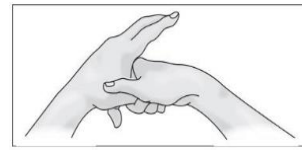
Tabel 2.1 Standar Prosedur Operasional

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI <i>HOLDING FINGER</i>	
PENGERTIAN	Teknik relaksasi genggam jari merupakan intervensi non-Farmakologi dalam manajemen nyeri, reknik ini dapat dilakukan oleh siapa saja, dan dimana saja. Teknik relaksasi ini adalah kombinasi dari relaksasi nafas dalam dan genggaman jari. Sensasi yang di rasakan ini memberikan kenyamanan, menghilangkan rasa stress pada fisik dan peningkatan toleransi terhadap rasa sakit.
TUJUAN	- Mengurangi ansietas, takut dan rasa nyeri - Mengurangi perasaan panik - Meningkatkan kenyamanan dan rasa damai pada tubuh - Menenangkan dan mengontrol emosi
PERSIAPAN ALAT	Jam Tangan
TAHAP ORIENTASI	- Berikan salam teraupetik, perkenalkan diri, dan cek identitas klien - Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan yang dilakukan - Kontra waktu dengan pasien - Menanyakan persetujuan pasien - Memberikan lembaran kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan responden
PROSEDUR KERJA	- Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya sesuai, berikan privasi - Berikan suasana lingkungan yang tenang - Bantu pasien pada posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikat tenang - Perawat meminta klien untuk merilekskan pikiran - Minta pasien menarik nafas dalam dan hembuskan perlahan melalui mulut untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata - Teknik ini di lakukan pada hari pertama, sekitar 7-8 jam setelah pemberian analgestik dan pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat akan dilakukan tindakan. - Berikut ini gerakan relaksasi genggam jari.

a) Teknik Genggam jari

1. Ibu Jari

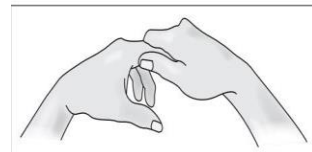
Lakukan pengangan dengan lembut pada jempol, tahan selama 2-5 menit, fokus dan lakukan itu sambil menarik napas dengan perlahan. Manfaat : dengan menggenggam jari jempol dapat membantu mengurangi masalah seperti depresi, kemarahan, obsesi, kecemasan, kesulitan tidur, gangguan pencernaan, serta mengurangi rasa



khawatir.

2. Jari Telunjuk

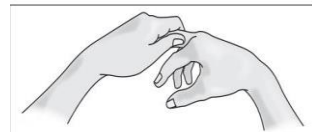
Lakukan genggam tangan secara lembut pada jari telunjuk, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan. Manfaat: dengan menggenggam jari telunjuk akan membantu dalam mengurangi rasa takut, depresi, frustrasi, sakit, dan ketidaknyamanan pada sendi.



3. Jari Tengah

Lakukan genggam tangan secara lembut pada jari tengah, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan.

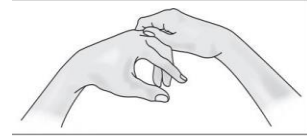
Manfaat: menyeimbangkan energi, mengontrol emosi, dan mengatasi kelelahan.



4. Jari Manis

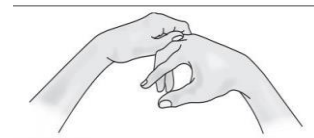
Lakukan genggam tangan secara lembut pada jari manis, genggam selama 2-5 menit,

perhatikan dan lakukan sambil menarik napas perlahan. Manfaat : dengan menggenggam jari manis ini dapat membantu mengurangi rasa sedih.



5. Jari Kelingking

Lakukan genggaman secara lembut pada jari kelingking, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan. Manfaat: dengan menggenggam jari kelingking bermanfaat dalam mengurangi kecemasan, kegelisahan, mengontrol emosi dan memberikan rasa aman.



TAHAP TERMINASI	1. Evaluasi respon klien terhadap pemberian relaksasi genggaman jari 2. Berikan reinforcement positif 3. Kontrak waktu dengan pasien untuk memberikan teknik relaksasi genggam jari.
DOKUMENTASI	Catat hasil kegiatan didalam catatan keperawatan.

Sumber/referensi : Dikembangkan (Rifti Ekawati etal, 2022)

B. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Sectio caesarea adalah cara melahirkan dengan mengeluarkan bayi melalui sayatan yang dilakukan pada dinding rahim, bukan melalui jalan lahir, yang berpotensi menimbulkan rasa sakit, pendarahan, komplikasi, dan kelelahan pada ibu. Proses ini berdampak pada faktor fisiologis dan psikologis ibu (Surdarsi, dkk, 2023).

Menurut Metasari dan Hidayat (2023), prosedur caesar memerlukan pembukaan di rahim serta di dinding perut. Setelah menjalani operasi *sectio caesarea*, pasien melaporkan merasakan nyeri pada area sayatan di

dinding rahim. Pengalaman ini memberikan sensasi dan perasaan emosional yang tidak menyenangkan, di mana individu merasakan ketidaknyamanan akibat kerusakan jaringan yang terjadi selama operasi.

2. Etiologi

Menurut Falentina (2019), ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya *sectio caesarea* sebagai berikut:

a. CPD (Disproporasi Kepala Panggul)

Disproporasi Kepala Panggul (CPD) merujuk pada kondisi di mana ukuran panggul ibu tidak sebanding dengan ukuran kepala janin, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan ibu untuk melahirkan secara normal. Panggul terdiri dari berbagai tulang yang membentuk rongga yang harus dilalui oleh janin saat proses melahirkan. Struktur panggul yang abnormal atau memiliki bentuk tertentu dapat menyebabkan kesulitan selama proses persalinan. Keberadaan kondisi tidak normal dan ukuran rongga panggul yang tidak tepat dapat menambah permasalahan.

b. PEB (Pre-eklamsia Berat)

Pre-eklamsia dan eklamsi adalah kondisi kesehatan yang muncul seiring dengan kehamilan, namun penyebabnya masih belum sepenuhnya dipahami. Setelah masalah pendarahan dan infeksi, kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama kematian pada ibu hamil dan perinatal. Oleh karena itu, diagnosa yang cepat sangat diperlukan untuk mengenali serta menangani kondisi ini agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini terjadi ketika ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan dan menunggu selama satu jam sebelum terjadinya persalinan. Kebanyakan kasus ini terjadi pada kehamilan yang sudah lebih dari 37 minggu, sedangkan untuk usia kehamilan di bawah 36 minggu, ketuban bisa disebut pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah serius dalam persalinan karena dapat

menyebabkan komplikasi, kelahiran prematur, dan infeksi yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kematian perinatal serta infeksi pada ibu. Penyebab ketuban pecah dini umumnya berasal dari melemahnya membran atau peningkatan tekanan di dalam rahim yang berasal dari daerah vagina dan serviks.

d. Bayi Kembar

Kelahiran bayi kembar tidak selalu berlangsung melalui operasi caesarea. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa persalinan kembar memiliki risiko komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan kelahiran bayi tunggal. Selain itu, bayi kembar juga sering mengalami posisi sungsang atau letak lintang yang membuat proses persalinan normal menjadi sulit.

e. Faktor Penghalang Jalan Lahir

Masalah pada jalan lahir, seperti pembukaan yang tidak memungkinkan, adanya tumor, kelainan bawaan pada struktur jalan lahir, tali pusar yang pendek, serta kesulitan bernapas pada ibu, dapat menjadi faktor penghalang selama proses melahirkan.

f. Anomali Posisi Janin

1) Anomali pada posisi kepala

1. Posisi kepala tengah

Bagian paling bawah adalah puncak kepala, dan saat pemeriksaan dalam, bagian UUB yang paling rendah dapat dirasakan. Penyebabnya bisa karena kelainan pada panggul, bentuk kepala bulat, bayi yang kecil atau sudah tidak hidup, serta kerusakan pada panggul.

b) Presentasi wajah

Kepala berada dalam posisi tegak (defleksi), sehingga bagian terendah dari kepala adalah wajah. Kejadian ini tergolong jarang, sekitar 0,27-0,5%.

c) Presentasi dahi

Posisi kepala berada di antara keadaan fleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap di bagian paling

depan. Dalam penetapan dagu, biasanya akan otomatis berubah menjadi posisi wajah atau posisi belakang kepala.

2) Posisi sungsang

Posisi sungsang adalah kondisi di mana janin terletak dengan arah memanjang, dengan kepala di bagian atas rahim dan bokong di bawah pada kavum uteri. Terdapat beberapa jenis posisi sungsang, yaitu presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna, dan presentasi kaki.

3) Anomali posisi lintang

Posisi lintang terjadi jika posisi bayi di dalam rahim sedemikian rupa sehingga sumbu tubuh bayi melintang terhadap sumbu rahim. Sebenarnya, posisi lintang sejati terjadi ketika sumbu tubuh bayi tegak lurus terhadap rahim dan membentuk sudut 90 derajat. Pada posisi lintang, bahu biasanya terletak di atas pintu masuk panggul, sementara kepala berada di salah satu fosa iliaka dan bokong di fosa iliaka yang lain. Dalam kondisi ini, janin umumnya berada dalam presentasi bahu atau akromion.

3. Patofisiologi/pathway

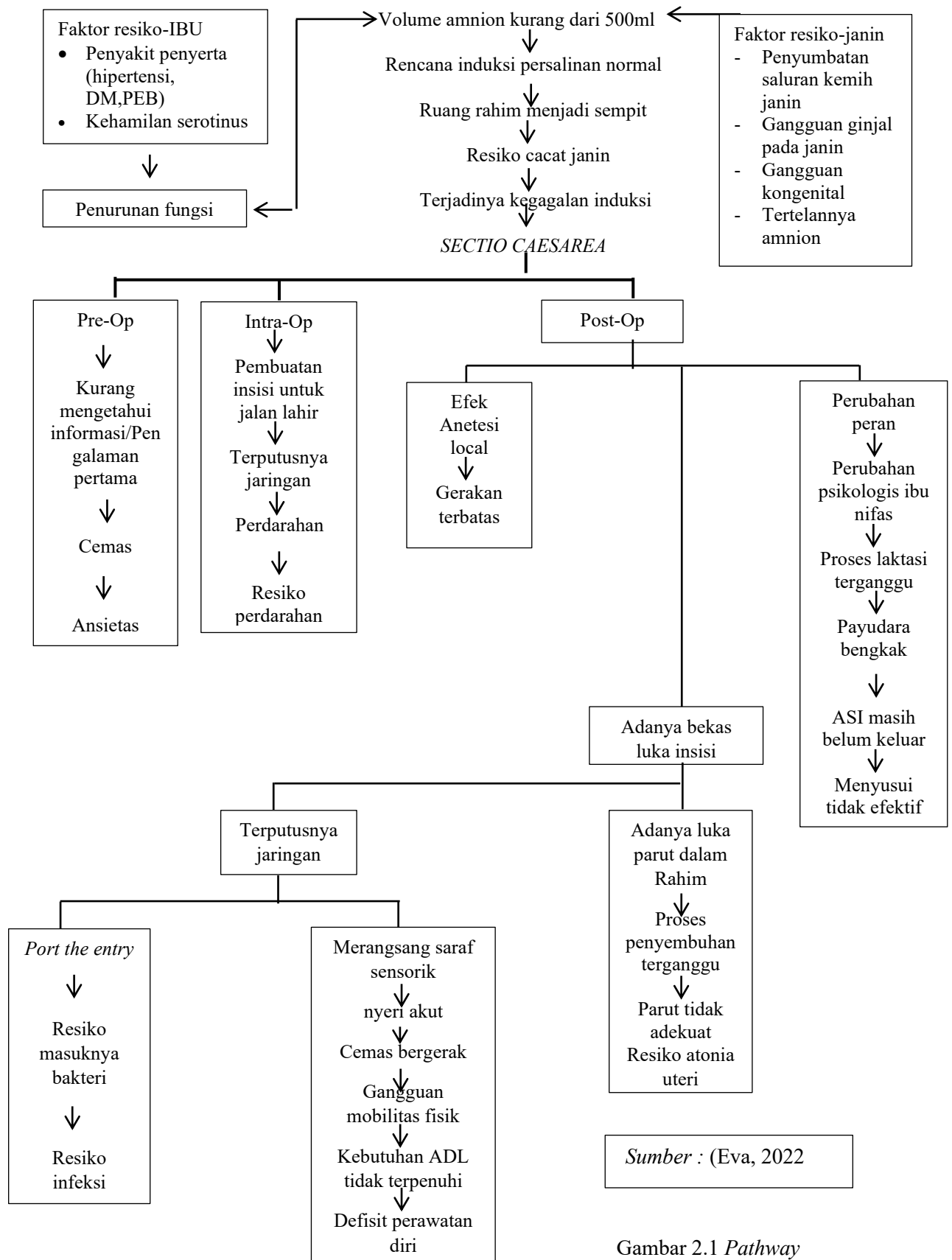
Sectio caesarea merupakan metode untuk melahirkan bayi dengan cara melakukan sayatan pada dinding rahim melalui bagian depan perut. Proses SC ini dilakukan untuk menghindari risiko kematian pada bayi atau ibu saat melahirkan secara alami. Beberapa alasan yang dapat memicu dilakukannya SC antara lain adalah ukuran panggul ibu, berat bayi yang akan lahir, posisi plasenta, malpresentasi, malposisi, dan kondisi cairan ketuban. Semua faktor ini dapat menyulitkan persalinan normal atau menyebabkan persalinan yang lama, sehingga induksi persalinan secara SC menjadi perlu dilakukan (Yadhy dan Nova, 2023).

Sectio caesarea (SC) dilakukan dengan langkah-langkah yang teratur, di mana pasien akan diberikan anestesi sebelum sayatan dilakukan di area perut. Tipe anestesi yang umum digunakan adalah anestesi regional, yang disuntikkan ke ruang subaraknoid atau epidural, sehingga pasien tetap dalam keadaan sadar namun merasa mati rasa pada bagian bawah tubuhnya.

Meskipun demikian, pasien tidak akan melihat proses bedah yang terjadi karena area tersebut akan ditutupi tirai. Setelah pemberian anestesi, perut akan disiapkan dengan proses sterilisasi dan insisi untuk prosedur pembedahan akan dibuat. Pembedahan ini akan menyakiti jaringan dan merangsang area sensori, yang bisa mengakibatkan ketidaknyamanan dalam bentuk nyeri (Syaiful, 2020).

Setelah proses operasi selesai, luka akan dijahit yang meninggalkan bekas dari operasi. Penyembuhan luka setelah caesarea pada dasarnya mirip dengan penyembuhan luka lainnya, yaitu melalui tahapan fisiologis yang mencakup respons inflamasi akut akibat cedera, fase pengrusakan, fase proliferasi, dan fase pematangan. Sebuah luka akan dinyatakan sembuh bila kontinuitas jaringan kulit atau jaringan parut tidak mengganggu aktivitas sehari-hari pasien. Penting untuk mendukung mobilitas awal bagi pasien agar proses penyembuhan luka dapat berlangsung baik, sehingga dapat mengurangi risiko infeksi dan mengurangi kelemahan ibu setelah SC. Setelah melahirkan, kadar hormon progesteron dan estrogen akan menurun yang dapat mengakibatkan involusi serta kontraksi rahim yang tidak memadai, sehingga bisa menimbulkan perdarahan, risiko syok, penurunan hemoglobin, kekurangan oksigen, serta melemahnya kondisi dan perawatan diri. Semua masalah ini masih dapat dicegah jika pasien dipantau dan dibimbing dalam melakukan mobilitas dengan benar serta dalam mengatur pola makan untuk pemulihan luka (Eva, 2022).

Sectio caesarea adalah prosedur untuk melahirkan bayi yang lebih dari 500 gram melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh. Indikasi untuk melakukan tindakan ini meliputi distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsi jaringan lunak, plasenta previa, dan faktor lainnya pada ibu. Untuk janin, indikasi utama adalah gawat janin. Setelah *sectio caesarea*, ibu akan mengalami adaptasi pasca-persalinan, termasuk aspek kognitif seperti kurangnya pengetahuan, serta aspek fisiologi seperti produksi oksitosin yang tidak memadai, yang dapat menyebabkan produksi ASI yang sedikit dan risiko infeksi pada luka insisi. Luka insisi dapat menyebabkan terputusnya jaringan



Gambar 2.1 Pathway

4. Mekanisme klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Doengs (2019) mengemukakan, manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi.

- a. Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuat yang berlebihan (lochea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang lebih atau ketidak mampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosi
- g. Rata-rata terpasang kateter urinarius
- h. Biasanya ada kekurangan pemahaman prosedur pada kelahiran SC yang tidak direncanakan

5. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Rasjidi (2019) dalam (Dahlia, 2020) indikasi dan kontra indikasi dari *Sectio Caesarea* sebagai berikut:

- a. Indikasi mutlak

Indikasi Ibu :

- 1). Panggul sempit absolut
- 2). Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya.

Stimulasi

- 1) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- 2) Stenosis serviks atau vagina
- 3) Placenta previa 6) Disproporsi sefalopelvik 7) Ruptur uteri membakat.

Indikasi Janin :

- 1) Kelainan letak
- 2) Gawat janin
- 3) Prolapsus placenta
- 4) Perkembangan bayi yang terhambat
- 5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

b. Indikasi relatif

- 1) Riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya
- 2) Presentasi bokong
- 3) Distosia
- 4) Fetal distress
- 5) Preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- 6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu.

c. Indikasi sosial

- 1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
- 2) Wanita yang ingin *Sectio Caesarea* elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul
- 3) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

6. Kontraindikasi

Kontraindikasi *sectio caesarea* meliputi kelainan kongenital, kematian janin, ibu hamil syok dan anemia berat (Prawirohardjo, 2019). Menurut Harry Oxorn & William R. Forte (2016) di dalam Suparyanto dan Rosad (2019, 2020) *Sectio caesarea* jarang dilakukan bila keadaan seperti berikut :

- a) Ketika janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi *sectio caesarea* yang tidak diperlukan tetapi dapat dilakukan kuretase.

- b) Ketika jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extraperitoneal tidak tersedia.
- c) Ketika dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau jika tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

7. Pemeriksaan penunjang

Untuk memahami keadaan klinis pasien setelah melahirkan dengan sectio caesarea, perlu dilaksanakan sejumlah pemeriksaan tambahan yang bertujuan untuk menentukan jenis terapi obat yang tepat untuk pasien tersebut. Pemeriksaan tambahan menurut (Rahayu et al. , 2022) pada pasien pasca sectio caesarea adalah sebagai berikut:

- a) Uji darah lengkap

Uji ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah pasien mengalami anemia atau apakah terdapat peningkatan jumlah leukosit yang menandakan adanya infeksi pada pasien pasca sectio caesarea.

- b) Uji perdarahan pasca melahirkan atau nifas

Uji ini dilakukan untuk menghindari terjadinya perdarahan yang berlebihan pada pasien pasca sectio caesarea, yang dapat menyebabkan anemia atau kejutan.

- c) Uji elektrolit

Pemeriksaan ini memberikan bantuan kepada tenaga medis dalam mendiagnosis kondisi kesehatan pasien, seperti kebutuhan cairan di dalam tubuh pasien.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk pasien setelah operasi sectio caesarea yang bisa diberikan saat melakukan asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian cairan, tindakan ini dilakukan karena pasien harus berpuasa selama 8 jam sebelum operasi, yang mengurangi kebutuhan cairan tubuh. Cairan yang diberikan kepada pasien pasca melahirkan terdiri dari Ringer Laktat (RL) dan Dextrose (DS) 10% sebagai pengganti cairan tubuh. Umumnya, pemberian

3 liter larutan RL sudah cukup selama proses operasi dan dalam 24 jam setelahnya. Namun, jika output urine di bawah 30 ml per jam, pasien perlu dievaluasi kembali, paling lambat pada hari kedua.

b. Pemantauan tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital perlu diperiksa setiap 4 jam. Penting untuk memperhatikan tekanan darah, denyut nadi, volume urine, serta jumlah darah yang hilang dengan mengukur darah nifas dan kondisi fundus uterus.

c. Pemberian transfusi PCR, jika ada penurunan kadar hemoglobin darah yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

d. Diet diberikan secara bertahap agar efek anestesi dapat hilang, seperti memberikan air putih dan air gula hangat.

e. Vesika urinarius dan usus

Kateter dapat dilepas setelah 12 jam pasca operasi atau pada hari berikutnya. Umumnya, pada hari pertama setelah operasi, bising usus belum terdengar; di hari kedua, bising usus masih lemah. Usus baru mulai aktif pada hari ketiga.

f. Melatih pasien untuk melakukan gerakan mobilitas secara bertahap, hari kedua hingga hari kelima pasca caesar (Oktapiani et al. , 2024 seperti miring kanan dan kiri, duduk, serta berjalan dari).

g. Memberikan perawatan luka untuk mencegah infeksi pada luka pasca caesar dan memberikan edukasi mengenai tanda dan gejala infeksi pada luka, serta cara pemenuhan nutrisi yang mendukung proses penyembuhan luka (Setiawan et al. , 2023).

h. Pemberian obat sesuai kebutuhan seperti antibiotik dan analgesik (Mairani et al. , 2023).

i. Melatih pasien dalam perawatan payudara untuk mendorong produksi ASI dan memberikan konsultasi tentang nutrisi yang dapat meningkatkan produksi ASI, seperti mengonsumsi ASI booster (Maratika et al. , 2023).

9. Asuhan keperawatan pada sectio saesarea

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan pada ibu pos operasi sectio saesarea menurut Sagita (2020) adalah sebagai berikut :

1) Identifikasi klien

Meliputi : nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomer registrasi, dan diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Keluhan utama setelah menjalani operasi caesar umumnya adalah rasa sakit di perut karena jahitan pasca operasi, serta pusing dan nyeri punggung.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan saat ini mencakup evaluasi informasi yang dilakukan untuk menentukan alasan di balik operasi caesar seperti ukuran luka pasca operasi, pemantauan tanda vital, tingkat rasa nyeri, posisi bayi (sungsang dan lintang), kondisi plasenta (plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta, vasa previa), masalah pada tali pusat (prolaps tali pusat, pemeriksaan tali pusat), kelahiran bayi kembar (kehamilan ganda), preeklampsia, serta kondisi sebelum implan di mana cairan keluar secara spontan tanpa disertai tanda-tanda persalinan.

b) Riwayat kesehatan sebelumnya

Terdapat informasi bahwa klien memiliki riwayat operasi Sectio Saesarea sebelumnya, memiliki panggul yang sempit, dan posisi bayi sungsang. Selain itu, kondisi kesehatan saat ini juga dapat dipengaruhi oleh penyakit lain, termasuk diabetes melitus, penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, abortus, dan infeksi menular seksual.

c) Riwayat Perkawinan

Dalam membahas sejarah pernikahan, penting untuk melihat sejak berapa usia seseorang, durasi pernikahan, jumlah kali menikah, serta kondisi pernikahan saat ini.

d) Riwayat obsterti

Dalam penilaian riwayat obstetri, hal-hal yang diperhatikan meliputi pengalaman kehamilan, kelahiran, dan masa nifas sebelumnya, jumlah kehamilan yang pernah dialami, orang yang membantu proses persalinan, lokasi persalinan, metode persalinan, jumlah anak yang dimiliki, apakah pernah mengalami keguguran, dan kondisi masa nifas setelah operasi sectio caesarea yang dilakukan sebelumnya.

e) Riwayat persalinan

Sekarang meliputi riwayat persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak.

f) Riwayat KB

Pengamatan terhadap riwayat keluarga berencana dilakukan untuk mengecek apakah klien pernah terlibat dalam program keluarga berencana, jenis alat kontrasepsi yang digunakan, adanya keluhan terkait penggunaan kontrasepsi tersebut, serta alat kontrasepsi apa yang akan digunakan setelah masa nifas.

g) Riwayat kesehatan

Keluarga memiliki riwayat penyakit yang mungkin diwariskan, seperti penyakit jantung, hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, infeksi menular seksual, dan keguguran, yang bisa jadi diturunkan kepada klien.

4) Pola fungsih kesehatan

a) Pola aktivitas

Klien memiliki batasan, didukung oleh orang lain untuk memenuhi kebutuhannya karena klien cepat merasa lelah.

Klien hanya mampu melakukan aktivitas ringan seperti duduk di tempat tidur, menyusui, dan hal-hal sejenis..

b) Pola eliminasi

Pada klien setelah operasi SC, umumnya selama 2-3 hari mengalami masalah dalam buang air besar (konstipasi). Ini disebabkan oleh rasa nyeri di area pasca operasi dan juga ketakutan jahitan akan terbuka akibat mengejan.

c) Pola istirahat dan tidur

Pada klien pasca operasi caesar, seringkali terjadi perubahan dalam kebiasaan istirahat dan tidur disebabkan oleh hadirnya bayi serta rasa sakit pada jahitan.

d) Pola hubungan dan peran

Klien akan berperan sebagai seorang ibu dan istri yang baik bagi suaminya.

e) Pola mengatasi stress

Klien mengalami kekhawatiran karena tidak dapat merawat bayinya sendiri..

f) Pola sensorik kognitis

Klien merasa nyeri pada prineum karena adanya luka jahitan akibat sectio caesarea

g) Pola persepsi dan konsep Diri

Pasien merasa penampilannya tidak sebaik saat sebelum hamil, setelah melahirkan terjadi perubahan pada pandangannya terhadap diri sendiri.

h) Pola reproduksi dan sosial

Telah terjadi perubahan dalam fungsi seksual akibat proses persalinan yang disertai dengan rasa sakit dari bekas jahitan operasi *Sectio Caesarea*.

5) Pemeriksaan fisik :

a) Tanda – tanda vital

Jika terjadi pendarahan setelah operasi caesar, tekanan darah akan menurun, denyut nadi meningkat, frekuensi pernapasan bertambah, dan suhu tubuh menjadi lebih rendah.

b) Kepala :

Rambut: seperti apa struktur kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada tonjolan, Mata: Kadang-kadang terdapat pembengkakan pada eyelid, konjungtiva, dan terkadang kondisi selaput mata tampak pucat (anemia) akibat proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning, Telinga: Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak bagaimana kebersihan, adakah cairan yang keluar dari telinga, Hidung : Adanya polip atau tidak ada apabila pada post partum kadang- kadang ditemukan pernapasan cuping hidung Mersih dan gigi mulut Bersih / kotor, mukosa bibir kering / lembab, Leher : Saat dipalpasi ditemukan ada / tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerapan yang salah.

c) Thorax :

1) Payudara

Kedua sisi payudara menunjukkan kesimetrian, tidak ada anomali yang terdeteksi, areola berwarna hitam kecoklatan, puting susu terlihat menonjol, dan keluarnya air susu teratur serta kuantitasnya banyak.

2) Paru-paru

Inspeksi: tampak simetris antara kiri dan kanan, serta tidak terlihat adanya pembengkakan.

Palpasi: tidak ada rasa nyeri saat ditekan, dan tidak teraba massa.

Perkusi: suara yang terdengar redup.

Auskultasi: suara pernapasan bersifat vesikuler, serta tidak terdengar ronkhi atau wheezing.

3) Jantung

Inspeksi: ictus cordis terlihat terbuka atau tidak.

Palpasi: ictus cordis terlihat terbuka atau tidak.

Perkusi: suara yang terdengar redup atau tympani.

Auskultasi: suara jantung dengan irama lup lup.

4) Abdomen

Inspeksi: terdapat jahitan luka pasca operasi yang tertutup perban, ditemukan striae gravidarum, luka bisa berarah melintang atau membujur, dalam keadaan basah atau kering, ada nanah atau tidak, jahitan tertutup atau tidak, serta tanda-tanda infeksi dan kemerahan di sekitar area jahitan luka pasca SC. Palpasi: terdapat rasa nyeri pada luka, konsistensi uterus lembek atau keras, kontraksi uterus baik atau tidak, panjang luka operasi, dan tidak ada pembesaran pada hati dan limpa. Perkusi: suara yang terdengar redup. Auskultasi: bising usus.

5) Genetalia

Ada keluarnya darah yang tercampur dengan lendir, serta keluarnya air ketuban; jika terdeteksi adanya mekonium, yaitu feses yang dihasilkan janin di dalam rahim, hal ini menunjukkan potensi kelainan posisi janin.

6) Ekstremitas

Dilakukan pemeriksaan edema untuk mengidentifikasi kelainan akibat pembersihan uterus, preeklampsia, atau gangguan pada jantung dan ginjal.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosis merupakan suatu proses yang

sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem), yang merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostic yang terdiri atas penyebab, tanda / gejala dan faktor resiko. Pada diagnosis actual, indikator diagnosis hanya terdiri atas penyebab dan tanda / gejala.

Diagnosa keperawatan yang dikaitkan pada penelitian ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post SC) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, bersikap protektif (posisi menghindar nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat (Tim Kerja SDKI, DPP, PPNI, 2020).

c. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah seluruh tindakan yang diambil oleh perawat berdasarkan pengetahuan serta evaluasi klinis untuk mencapai hasil keperawatan yang diinginkan. Intervensi ini terdiri dari tiga bagian, yaitu label, definisi, dan tindakan. Label berfungsi sebagai kata kunci yang membantu dalam mendapatkan informasi tentang intervensi keperawatan tersebut. Definisi menjelaskan makna dari label yang digunakan dalam intervensi keperawatan. Tindakan meliputi aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk menerapkan intervensi tersebut. Tindakan dalam intervensi keperawatan mencakup observasi, terapi, pendidikan, dan kolaborasi (Tim Pokja SDKI, DPP, PPNI, 2020).

C. Gangguan Nyeri Akut

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang sering dialami oleh seseorang. Ini adalah keluhan yang paling umum dilaporkan oleh pasien setelah menjalani operasi, di mana setiap orang memiliki kebutuhan akan kenyamanan yang berbeda-beda (Rahayu, 2023).

Tanggapan terhadap rasa nyeri bervariasi dan tidak dapat disamakan antara satu individu dengan yang lain. Banyak ibu mengungkapkan

keluhan tentang nyeri di bekas jahitan, dan hal ini sebenarnya adalah hal yang normal karena tubuh sedang dalam proses penyembuhan dari luka yang memerlukan waktu yang cukup lama. Pada operasi caesar, terdapat bagian dari perut yang harus dibedah dan dijahit kembali. Nyeri di lokasi sayatan dapat sangat mengganggu dan membuat tidak nyaman. Nyeri yang dialami oleh pasien setelah operasi caesar biasanya disebabkan oleh prosedur bedah yang termasuk dalam kategori nyeri akut (Rahayu dkk, 2023).

2. Penyebab Terjadinya Nyeri

Penyebab nyeri dapat dikategorikan menjadi dua kelompok : penyebab fisik dan psikis. Penyebab fisik nyeri meliputi trauma (baik mekanik, termal, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Sementara itu, penyebab psikis nyeri biasanya berasal dari trauma psikologis (Ningtyas, 2023).

a. Trauma mekanis

Trauma mekanis menyebabkan nyeri karena ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, atau luka. Trauma menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor terstimulasi oleh panas atau dingin. Trauma kimiawi terjadi karena terkena zat asam atau basah yang kuat, sedangkan trauma elektrik dapat menyebabkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat pada reseptor rasa nyeri.

b. Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan nyeri akibat terkena atau kerusakan pada jaringan yang mengandung reseptor nyeri, serta karena tarikan, penekanan, atau metastasis. Nyeri yang terjadi akibat peradangan disebabkan oleh kerusakan pada ujung saraf reseptor yang disebabkan oleh peradangan atau penekanan akibat pembekakan.

c. Psikologis

Nyeri yang dialami akibat faktor psikologis adalah rasa sakit yang tidak berasal dari penyebab fisik, melainkan disebabkan oleh trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap keadaan fisik.

3. Klasifikasi Nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis antara lain :

a. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya muncul secara tiba-tiba dan seringkali berhubungan dengan cedera tertentu. Sensasi nyeri ini merupakan respons tubuh terhadap kerusakan jaringan yang terjadi dan menjadi indikator adanya kerusakan, seperti yang terlihat setelah operasi. Kecuali jika nyeri disebabkan oleh kondisi penyakit sistemik, nyeri akut biasanya akan sembuh setelah perbaikan jaringan selesai. Nyeri akut umumnya berlangsung kurang dari enam bulan (Ningtyas, 2023).

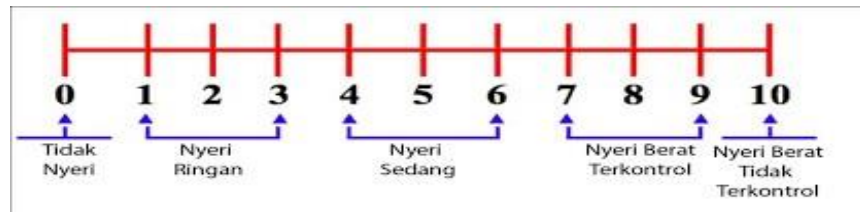
b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah kondisi rasa sakit yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama, baik secara terus-menerus maupun terputus-putus. Nyeri jenis ini memerlukan waktu lebih lama untuk pulih dibandingkan yang diharapkan dan sering kali tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera tertentu, sehingga nyeri ini bisa bertahan berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Beberapa peneliti menetapkan enam bulan sebagai kriteria untuk mengategorikan nyeri sebagai kronis (Ningtyas, 2023).

4. Pengukuran intensitas nyeri

a. Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale* / NRS).

Digunakan sebagai pengganti alat pendeteksi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan pengganti skala 0-10. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat rasakan”. Skala nyeri biasanya digunakan saat mengkaji identitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. *Numerical Rating Scale* (NRS) ini dapat membuat responden lebih mudah untuk menggambarkan derajat nyeri karena dijelaskan setiap karakteristik nyeri pada masing-masing skala nyeri yang dirasakan.



Gambar 2.2 *Numerical Rating Scale* (NRS)

Sumber : (Latifah & Ramawati, 2018)

Keterangan :

- 1) 0 : Tidak nyeri
- 2) 1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi.
- 3) 4-6 : Nyeri sedang : Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, dapat mengikuti perintah dengan baik, memiliki karakteristik adanya peningkatan frekuensi pernapasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil.
- 4) 7-9 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan ahli posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekuatan otot, kelelahan dan keletihan.
- 5) 10 : Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.