

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Menurut *the international association for the study of pain* (IASP), mendefinisikan nyeri adalah suatu yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif dan berhubungan dengan pancaindra serta merupakan suatu pengalaman emosional yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial atau digambarkan sebagai suatu kerusakan cedera, oleh karena itu nyeri secara fisik dapat menyebabkan nyeri secara psikologis (Potter & Perry, 2014). Nyeri diartikan sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, maupun emosional (Black, 2014).

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering diungkapkan oleh pasien pada tindakan pembedahan atau operasi. Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu untuk menentukan pilihan terapi atau manajemen dalam penanganannya. Bentuk nyeri yang sering muncul pada pasien *post sectio caesarea* yaitu nyeri akut, nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang erat kaitannya dengan kerusakan jaringan secara aktual ataupun secara potensial yang dapat dirasakan dalam kejadian seperti terjadi kerusakan pengukuran nyeri dengan menggunakan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan ekspresi atau mimik wajah pasien pada saat nyeri dirasakan, cara ini diterapkan kepada pasien yang tidak dapat menyatakan rasa nyerinya dengan skala angka (Dey et al., 2023).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (2017), nyeri dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Nyeri akut

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

b. Nyeri kronis

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

3. Komplikasi Nyeri jika Tidak Teratasi

Nyeri *post* operasi yang tidak segera mereda dapat menimbulkan dampak psikologis serta fisiologis yang merugikan dan dampak jangka panjang atau pendek. Dampak psikologis berupa peningkatan cemas, sulit tidur, mudah tersinggung, putus asa, tidak dapat mengontrol diri, sulit konsentrasi, sulit berinteraksi, tidak mampu berkomunikasi, dan kehilangan otonomi (Rahmawati & Mulianda, 2020).

Dampak fisiologis nyeri *pos* operasi menyebabkan meningkatkan denyut jantung. Resistensi pembuluh darah perifer, tekanan darah, dan curah jantung. Kaskade simpatik ini dapat meningkatkan kebutuhan oksigen miokardium dan mempotensiasi iskemia miokard terutama pada pasien dengan arteri koroner yang sudah ada sebelumnya, menurunkan arah aliran darah anggota badan dengan mengarahkan darah menjauh dari kulit menuju organ vital (Rahmawati & Mulianda, 2020).

Penurunan aliran darah ekstremitas ini dapat mengganggu penyembuhan luka dan meningkatkan spasme otot. Nyeri pasca operasi juga dapat mengurangi mobilitas pasien, mempromosikan stasis vena. peningkatan fibrinogen dan aktivasi trombosit yang terkait dengan trauma bedah akan meningkat. Dampak jangka panjang

dan jangka pendek dari nyeri post operasi yang tidak berkurang adalah mempengaruhi pemulihan pasien, memperpanjang masa tinggal di rumah sakit, meningkatkan morbiditas di rumah sakit, dan menambah beban biaya perawatan kesehatan yang meningkat (Rahmawati & Mulianda, 2020).

Nyeri yang tidak ditangani dapat menjadi stressor yang menimbulkan ketegangan. Individu akan merespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan dan apabila nyeri berada pada derajat berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok (Ferdian & Supriyadi, 2015). Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. Oleh karena itu peran perawat sangat diperlukan untuk membantu klien dan anggota keluarga dalam upaya mengatasi nyeri (Mahmudi & Ratna, 2022).

4. Karakteristik atau Tanda Seseorang Mengalami Nyeri

- a. Secara subjektif yaitu mengungkapkan secara verbal atau melaporkan nyeri dengan ungkapan isyarat.
- b. Secara objektif yaitu posisi menghindari nyeri, perubahan selera makan, perubahan ekspresi (meliputi: gelisah, merintih, menangis, kewaspadaan berlebihan, peka terhadap rangsangan, dan menghela nafas panjang), wajah topeng (nyeri), perilaku menjaga atau sikap melindungi, gangguan tidur mata terlihat kuyu, gerakan tidak teratur atau tidak menentu dan menyeringai. Nyeri akut dapat terjadi jika ditemukan tanda-tanda yaitu melaporkan kualitas nyeri dan intensitasnya perubahan tekanan darah atau nadi, perubahan frekuensi napas, postur tubuh berhati-hati, meringis, mengerang dan gelisah (Nugraheni et al., 2014).

5. Karakteristik Nyeri pada Pasien *Sectio Caesarea*

Menurut Putra (2020), karakteristik nyeri pada pasien *sectio caesarea* sebagai berikut :

a. Lama nyeri *post* operasi

Pasien *post sectio caesarea* mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Lama nyeri dapat bertahan selama 24 sampai 48 jam, atau lebih lama tergantung pada bagaimana klien dapat menahan dan menanggapi rasa sakit. Pasien akan merasakan nyeri yang hebat rata-rata pada dua jam pertama sesudah operasi karena pengaruh hilangnya efek obat anastesi di saat pasien sudah keluar dari kamar bedah. Pasca pembedahan pasien merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga

b. Usia dan parietas

Umur ibu yang lebih muda memiliki sensori nyeri yang lebih intens di banding dengan ibu yang memiliki umur yang lebih tua. Umur muda cenderung dikaitkan dengan kondisi psikologis yang masih labil yang memicu terjadinya kecemasan sehingga nyeri yang dirasakan semakin lebih kuat. Umur juga dipakai sebagai salah satu faktor dalam menentukan toleransi terhadap nyeri. Pada parietas ibu yang primipara intensitas kontraksi uterus lebih kuat dibandingkan pada ibu yang multipara dan ibu multipara memiliki pengalaman persalinan sebelumnya akan lebih mudah beradaptasi dengan nyeri dibandingkan dengan ibu yang belum pernah memiliki pengalaman dalam hal ini ibu primipara.

c. Penyebab nyeri

Pada persalinan *sectio caesarea* rasa nyeri dirasakan, setelah pasien operasi. Penyebab dari nyeri *post sectio caesarea* disebabkan karena indikasi dilakukan *sectio caesarea*, anastesi

yang mulai berkurang, terbukanya luka operasi, kontraksi uterus dan komplikasi anestesi spinal. Setiap persalinan pasti mengalami masalah nyeri baik pervaginam maupun persalinan secara operasi seperti *sectio caesarea*, persalinan *sectio caesarea* memberikan rasa nyeri yang bukan lagi nyeri psikologis dari persalinannya tetapi dari luka insisi pada area pembedahan pada bagian abdomen.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Kozier et al, (2014), Berbagai faktor dapat memengaruhi persepsi dan reaksi seseorang terhadap nyeri. Faktor ini mencakup nilai etnik dan budaya seseorang, tahap perkembangan, lingkungan dan orang pendukung, pengalaman nyeri sebelumnya dan makna nyeri saat ini serta ansietas dan stres.

a. Usia

Usia merupakan variabel penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Semakin bertambahnya umur semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Usia lansia dan dewasa lebih siap menerima dampak, efek dan komplikasi nyeri.

b. Nilai etnik dan budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama di kenal sebagai faktor-faktor yang memengaruhi reaksi seseorang terhadap nyeri dan ekspresi nyeri tersebut perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. Misalnya, individu dalam sebuah budaya mungkin belajar untuk ekspresif terhadap nyeri, sementara individu dari budaya lain mungkin belajar untuk menyimpan perasaan nyerinya tersebut dan tidak mengganggu orang lain.

Perawat berharap individu bersikap objektif terhadap rasa nyeri dan mampu memberikan gambaran mendetail mengenai nyeri. Perawat dapat menyangkal atau merendahkan nyeri yang mereka pantau pada orang lain. Oleh karena itu, mengidentifikasi sikap

pribadi Anda mengenai nyeri dan menciptakan hubungan perawat-klien yang efektif.

c. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seorang klien adalah variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Usia dapat mempengaruhi nyeri terutama pada bayi dan dewasa. Perbedaan tahap perkembangan yang ditemukan antara kelompok umur tersebut mempengaruhi bagaimana anak-anak dan dewasa dalam berrespon terhadap nyeri. Anak-anak yang memiliki kesulitan dalam memahami prosedur yang diberikan perawat yang menyebabkan nyeri dalam hal ini perawat perlu mengadaptasi pendekatan dalam mengkaji nyeri pada anak dan bagaimana perawat mempersiapkan anak akan adanya prosedur medis yang menyakitkan.

Saat pasien dewasa mengalami nyeri bisa saja terjadi kerusakan status fungsional yang serius. Kemampuan orang dewasa dalam memahami nyeri yang dirasakan sangat sukar. Mereka terkadang menderita penyakit dengan gejala yang tidak jelas yang terkadang mempengaruhi bagian tubuh yang sama. Orang dewasa akan sulit untuk mengingat pengalaman nyeri yang telah lalu dan memberikan penjelasan yang detail terkait nyeri yang dirasakan.

d. Dukungan keluarga dan sosial

Lingkungan yang tidak dikenal seperti rumah sakit, dengan kebisingannya, cahaya, dan aktivitasnya, dapat menambah rasa nyeri. Selain itu, orang kesepian yang tidak memiliki jaringan pendukung dapat mempersepsikan sikap nyeri sebagai sesuatu yang berat, sementara orang yang memiliki orang pendukung disekitarnya akan persepsikan nyeri sebagai sesuatu lebih ringan.

Beberapa orang merasa memilih untuk menarik diri jika mereka sedang nyeri, sementara orang lain lebih memilih untuk mengalihkan rasa nyerinya kepada orang-orang dan aktivitas di

sekitar mereka. Pemberi perawatan keluarga dapat menjadi seorang pendukung yang bermakna bagi seseorang yang sedang mengalami nyeri.

e. Pengalaman nyeri di masa lalu

Pengalaman nyeri di masa lalu dapat mengubah sensitivitas pasien terhadap nyeri. Individu yang mengalami nyeri secara pribadi atau yang melihat penderitaan orang terdekat sering kali lebih terancam oleh kemungkinan nyeri dibandingkan individu yang tidak memiliki pengalaman nyeri. Selain itu, berhasil atau tidak berhasilnya upaya pereda nyeri memengaruhi harapan seseorang mengenai pereda nyeri. Misalnya, seseorang yang telah mencoba beberapa tindakan pereda nyeri namun tidak berhasil mungkin memiliki sedikit harapan mengenai manfaat intervensi keperawatan.

f. Makna nyeri

Beberapa klien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan pasien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi pasien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang klien yang menghubungkan rasa nyeri dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik. Misalnya, seorang wanita yang melahirkan anak atau seorang atlet yang menjalani bedah lutut untuk memperpanjang karirnya dapat mentoleransi rasa nyeri dengan lebih baik karena manfaat yang dikaitkan dengan rasa nyeri tersebut.

g. Ansietas dan stres

Ansietas sering kali menyertai nyeri, ancaman dari sesuatu yang tidak diketahui dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa yang menyertai nyeri sering kali memperburuk persepsi nyeri. Kelelahan juga mempengaruhi kemampuan coping seseorang, sehingga meningkatkan persepsi nyeri. Apabila nyeri

mengganggu tidur, kelelahan dan ketegangan otot sering kali terjadi dan meningkatkan nyeri sehingga terbentuk siklus nyeri.

7. Penatalaksanaan Nyeri

a) Terapi farmakologis

Penggunaan farmakologi dalam jangka waktu yang panjang, menyebabkan efek samping akibat penggunaan yang terlalu lama maupun adanya kombinasi dengan penggunaan obat lain. Hal ini cukup berbahaya bagi kesehatan pasien dan bisa mengancam hidup pasien itu sendiri (Ernawaty Siagian, 2019).

Penggunaan obat-obat analgesik seperti obat anti inflamasi non steroid untuk nyeri ringan dan sedang, opioid untuk nyeri sedang sampai berat dan koanalgesik yang awalnya dikembangkan untuk kondisi selain nyeri tetapi menunjukkan adanya kandungan analgesik baik secara intravena maupun intramuskular. Akan tetapi penggunaan rutin analgesik sebagai terapi untuk mengontrol nyeri tidaklah cukup dan juga bisa menimbulkan kecanduan dan kecemasan jika ada kesalahan dalam penggunaan obat (Potter & Perry, 2014).

Nonopioid mencakup asetami nofen dan obat anti-inflamasi nonsteroid (NSAID) seperti ibuprofen. NSAID memiliki efek anti-inflamasi, analgesik, dan antipiretik, sementara asetaminofen hanya memiliki efek analgesik dan antipiretik. Obat-obatan ini meredakan nyeri dengan bekerja pada ujung saraf tepi di tempat cedera dan menurunkan tingkat mediator inflamasi serta mengganggu produksi prostaglandin ditempat cedera (Kozier et al., 2014).

Analgesik penyerta adalah sebuah obat yang bukan dibuat untuk penggunaan analgesik tetapi terbukti mengurangi nyeri kronik dan kadang kala nyeri akut, selain kerja utamanya. Misalnya, sedatif ringan atau penenang dapat membantu mengurangi ansietas, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat

tidur dengan baik di malam hari. Antidepresan digunakan untuk mengatasi gangguan depresi atau gangguan alam perasaan yang mendasari tetapi dapat juga meningkatkan strategi nyeri yang lain. (kozier et al., 2014).

Pemberian obat analgesik disesuaikan dengan derajat nyeri seseorang. Penggunaan tramadol di Asia Tenggara berperan penting dalam pengobatan nyeri sedang hingga berat. Parasetamol digunakan untuk mengatasi nyeri sedang, asam mefenamat yang digunakan secara peroral untuk pengobatan nyeri sedang hingga berat. Ketoprofen dan dexketoprofen efektif untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat (Juwita et al., 2019). Penggunaan analgesik pada ibu pasca melahirkan yang nantinya menyusui dapat dikatakan aman. Asam mefenamat yang tidak mempunyai sifat aditif dirasa cukup aman digunakan. Asam mefenamat memiliki nilai rasio ASI dan plasma (M/P) yang rendah sehingga transfer obat ke dalam ASI jumlahnya sangatlah kecil (Juwita et al., 2019).

Penggunaan obat parasetamol untuk wanita menyusui cukup aman karena transfer obat yang tercapai ke ASI jumlahnya sedikit dan meskipun dapat terdeteksi di ASI kadar obatnya rendah. Selain itu bahwa parasetamol aman untuk ibu menyusui. Kombinasi parasetamol dan tramadol menunjukkan keamanan untuk menangani nyeri (Juwita et al., 2019). Penggunaan obat tersebut aman untuk mengatasi nyeri sedang karena efek samping yang ditimbulkan minimal. Secara umum penggunaan NSAID sebagai lini pertama pengobatan nyeri pada ibu pasca melahirkan aman dan efektif (Juwita et al., 2019).

b) Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis sangat tepat digunakan untuk klien yang kemungkinan besar mengalami dan perlu mengatasi nyeri pasca operasi dalam jangka waktu yang lebih lama serta merasakan

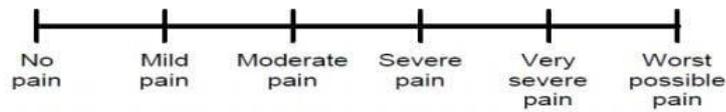
nyeri yang belum sepenuhnya sembuh setelah menggunakan intervensi farmakologis (Potter & Parry, 2014). Akhir-akhir ini telah dikembangkan dan digunakan dalam dunia keperawatan sebagai alternatif pilihan penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis. Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis yang digunakan antara lain dengan menggunakan relaksasi, hipnosis, pergerakan dan perubahan posisi, masase kutaneus, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik, akupresur, aromaterapi, teknik imajinasi, distraksi dan *emotional freedom technique* (Latifah & Ramawati, 2018).

Menurut Nurdin et al., (2018) menjelaskan bahwa salah satu cara untuk menurunkan nyeri secara non farmakologis adalah dengan metode terapi teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari membantu ibu lebih mudah mengendalikan diri ketika merasakan ketidaknyaman akibat rasa nyeri yang merupakan akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*. *Finger hold* merupakan suatu terapi relaksasi yang dapat diterapkan untuk meredakan nyeri *post* operasi. Teknik relaksasi genggam jari adalah terapi yang mudah untuk mengontrol atau mengendalikan emosi karena dalam jari tangan berkaitan dengan beberapa organ serta emosi dan ada gelombang energi (Utami et al., 2023).

8. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Skala *verbal descriptor scale*

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskriptif verbal (*verbal descriptor scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. pendeskripsi ini dirangkin dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.



Gambar 2.1

Skala *verbal descriptor scale* (VDS)

Sumber : Suwondo (2017)

b. *Wong-baker faces pain rating scale*

Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



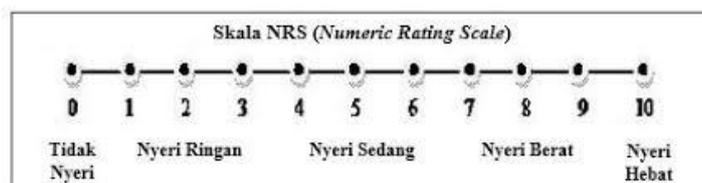
Gambar 2.2

Skala *wong-baker faces pain rating*

Sumber : Potter & Parry (2010)

c. *Numerical rating scale* (NRS)

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0 – 5 atau 0 – 10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang, angka 7-9 menunjukkan nyeri berat dan angka 10 menunjukkan nyeri sangat berat atau nyeri hebat.



Gambar 2.3

Skala *Numerical rating scale* (NRS)

Sumber : Suwondo (2017)

9. Teori-Teori tentang Nyeri

Menurut Hindun (2018) ada beberapa teori-teori tentang nyeri sebagai berikut :

a. Teori spesifikasi

Teori Spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak. Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu.

Teori yang mengemukakan bahwa reseptor dikhususkan untuk menerima suatu stimulus yang spesifik, yang selanjutnya dihantarkan melalui serabut A delta dan serabut C di perifer dan traktus spinothalamikus anterolateralis di medulla spinalis menuju ke pusat nyeri di thalamus. Teori ini tidak mengemukakan komponen psikologis. Serat nyeri memasuki medula spinalis melalui radiks dorsalis, naik turun satu sampai dua segmen, lalu berakhir pada neuron didalam kornu dorsalis substansia grisea medula spinalis, serat tipe A^δ didalam lamina I dan V serta serat tipe C didalam lamina II-III, suatu area yang juga dinamai substansia gelatinosa.

Kemudian bagian terbesar dari isyarat ini melintasi satu atau lebih neuron tambahan berserat pendek, akhirnya memasuki serat panjang yang segera menyeberang ke sisi medula spinalis berlawanan dan naik ke otak melalui traktus spinothalamikus anterolateralis. Ketika lintasan nyeri masuk kedalam otak, mereka terpisah menjadi dua lintasan tersendiri; lintasan nyeri tusuk hampir seluruhnya terdiri atas serabut kecil jenis A delta dan lintasan nyeri terbakar hampir seluruhnya terdiri atas serabut C yang lambat.

b. Teori pola

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf. Teori pola adalah rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal medulla spinalis dan rangsangan aktifitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang bagian yang lebih tinggi yaitu korteks serebri dan menimbulkan persepsi, lalu otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

Teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf. Pada sejumlah *causalgia*, nyeri *pantom* dan *neuralgia*, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pada spinal cord sehingga saraf transmisi nyeri bersifat *hypersensitif* yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan transmisi nyeri

Teori ini menyatakan bahwa elemen utama pada nyeri adalah pola informasi sensoris. Pola aksi potensial yang timbul oleh adanya suatu stimulus timbul pada tingkat saraf perifer dan stimulus tertentu menimbulkan pola aksi potensial tertentu. Pola aksi potensial untuk nyeri berbeda dengan pola untuk rasa sentuhan. Impuls nyeri disalurkan ke susunan saraf pusat oleh dua sistem serat.

c. Teori kontrol pintu gerbang (*gate control*)

Teori *gate control* dikembangkan oleh Melzack dan Wall menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh

mekanisme pertahanan disepanjang system saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Teori ini juga mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat (ssp). Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia didalam kornu dorsalis pada medula spinalis thalamus dan sistem limbik.

Teori *gate-control* bahwa stimulasi kulit akan mengaktifkan tranmisi serabut saraf sensori A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Apabila terdapat impuls yang ditransmisikan oleh selaput berdiameter besar karena adanya stimulasi kulit, sentuhan, getaran, hangat dan dingin serta sentuhan halus, maka impuls ini akan menghambat impuls dari serabut berdiameter kecil di area substansia galatinosa, sehingga tubuh tidak akan merasakan nyeri.

Konsep dasarnya menggabungkan teori spesifik dan teori pola ditambah dengan interaksi antara aferen perifer dan sistem modulasi yang berbeda di medulla spinalis (substansia gelatinosa). Selain itu juga mengemukakan sistem modulasi desenden (dari pusat ke perifer). Menurut teori ini, aferen terdiri dari dua kelompok serabut, yaitu kelompok yang berdiameter besar ($A\beta$) dan serabut berdiameter kecil (A^δ dan C). Kedua kelompok aferen ini berinteraksi dengan substansia gelatinosa ini berfungsi sebagai modulator (gerbang kontrol) terhadap $A\beta$, A^δ dan C. Apabila substansia gelatinosa (SG) aktif, gerbang akan menutup.

Sebaliknya apabila SG menurun aktivitasnya, gerbang membuka. Aktif dan tidaknya SG tergantung pada kelompok aferen mana yang terangsang. Apabila serabut berdiameter besar terangsang, SG menjadi aktif dan gerbang menutup. Ini berarti bahwa rangsang yang menuju pusat melalui transitting cell (T-cell) terhenti atau menurun. Serabut A^δ adalah penghantar rangsang

non-nosiseptif (bukan nyeri) misalnya sentuhan, proprioseptif. Apabila kelompok berdiameter kecil (A^δ , C) terangsang, SG akan menurun aktivitasnya sehingga gerbang membuka. A^δ dan C adalah serabut pembawa rangsang nosiseptif, sehingga kalau serabut ini terangsang, gerbang akan membuka dan rangsang nyeri akan diteruskan ke pusat.

d. *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine yang mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri.

10. Mekanisme Proses Terjadinya Nyeri *Post Sectio Caesarea*

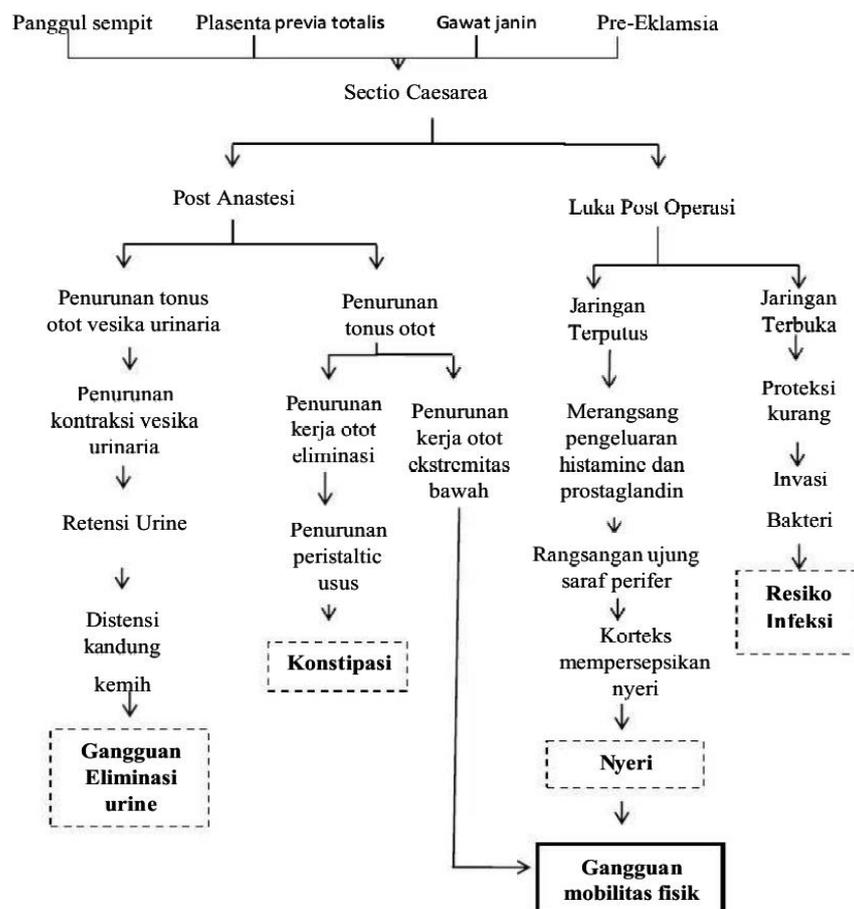
Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan *sectio caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorpin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor

terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis (Hindun, 2018).

Nosiseptor yang diterima reseptor-reseptor di kulit, pembuluh darah, visera, muskuloskeletal dan lain-lain, dapat digambarkan sebagai berikut: adanya stimulasi yang diterima reseptor kemudian diteruskan menuju korteks. Dari korteks ini kemudian diteruskan menuju thalamus di otak dan diteruskan menuju medulla spinalis, yang selanjutnya diteruskan ke saraf tepi sehingga ada reaksi emosi, psikis dan motorik tanpa ada modulasi, sedangkan dalam perjalanan hanya kesan sensorik yang dipersepsikan (Hindun, 2018).

11. Pathway Masalah Nyeri Akut *Post Operasi Sectio Caesarea*

Menurut Kusuma & Nuraini (2019), pathway pada masalah nyeri akut *post operasi sectio caesarea* sebagai berikut :



B. Asuhan Keperawatan pada *Post Sectio Caesarea* dengan Diagnosis Keperawatan Utama Nyeri Akut

1. Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan, namun ada beberapa juga yang harus ditanyakan diantaranya:

a. Anamnesis

Identitas pasien seperti nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat rumah, No. RM dan penanggung jawab (orang tua, keluarga terdekat) seperti namanya, pendidikan terakhir, jenis kelamin.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga. Bisa menggunakan PQRST yaitu P paliatif atau penyebab nyeri Q *quality* / kualitas nyeri R *regio* (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri S subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya T temporal atau periode atau waktu yang berkaitan dengan nyeri.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu di isi dengan riwayat penyakit yang diderita pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi. Selain itu juga diisi dengan riwayat obat yang pernah dikonsumsi yang berhubungan dengan penyakit yang diderita.

d. Riwayat obstetri

Pada 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

e. Riwayat genokologi

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah dan status pernikahan saat ini

f. Riwayat menstruasi

Pada pengkajian ini terkait dengan Siklus haid, lamanya, banyaknya sifat darah (warna, baru, cair atau gumpalan), haid pertama haid terakhir (HPHT) dan taksiran persalinan

g. Riwayat keluarga berencana (KB)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut proram KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan alat kontrasepsi

h. Pemeriksaan fisik

Menurut Aspiani (2017), dalam pemeriksaan fisik sebagai berikut :

1) Kepala

Meliputi pemeriksaan bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan

2) Wajah

Melihat apakah pucat, atau menahan sakit, nyeri tekan, adanya edema pada pipi dan adanya kloasma gravidarum pada ibu post partum

3) Mata

Meliputi kelengkapan mata, kesimetrisan mata, kelopak mata, konjungtiva mata, ketajaman penglihatan. Pada pasien *post op sectio caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan dari kondisi anemia atau dikarnakan proses persalinan yang mngalami pendarahan

4) Pemeriksaan payudara

Pada ibu yang mengalami bendungan asi meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting

susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, asi belum keluar atau asi hanya keluar sedikit

5) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi melihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi sekitar luka dan tanda pendarahan atau hematoma, pada hari pertama tinggi fundus uteri (TFU) kira-kira 1 cm dan perhatikan adanya linea nigra yang masih terlihat

6) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia meliputi untuk melihat adanya hematoma, odema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah dan konsistensinya. Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih dan jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi

7) Anus

Pada pemeriksaan ini dilihat apakah ada hemoroid atau tidak. Pada ibu saat ibu melakukan persalinan memungkinkan terbentuknya hemoroid pada anus akibat proses mengejan yang kuat

8) Ekstermitas

Pemeriksaan ekstermitas meliputi apakah ada atau tidaknya varises, odema, nyeri tekan atau panas pada betis

i. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung tentang keadaan penyakit serta terapi medis yang diberikan untuk membantu proses penyembuhan penyakit, pasien dikaji tentang keadaan HB dalam darah, leukosit, trombosit, hematokrit dengan nilai normal.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan SDKI (2017), didapatkan beberapa diagnosis keperawatan sebagai berikut :

a. Nyeri akut

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

1) Tanda gejala mayor pada nyeri akut

a) Subjektif : mengeluh nyeri

b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor

a) Subjektif : tidak tersedia

b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis

b. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

1) Tanda dan gejala mayor gangguan mobilitas fisik

a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

b) Objektif : kekuatan otot menurun dan rentang gerak ROM menurun

2) Tanda dan gejala minor gangguan mobilitas fisik

a) Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

c. Risiko infeksi

Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor Risiko terjadinya Risiko infeksi yaitu penyakit kronis (misalnya diabetes), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi PH, penurunan kerja siliaris) dan ketidakefektifan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, supresi respon inflamasi)

3. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) (2018), untuk tujuan dan indikator hasil dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) (2018), untuk intervensi yang akan dilakukan berdasarkan diagnosis adalah :

a. Nyeri akut

Kriteria hasil pada nyeri akut yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil frekuensi nadi membaik, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, sikap protektif menurun dan pola nafas membaik

1) Rencana intervensi utama keperawatan pada diagnosis nyeri akut yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi manajemen nyeri terdiri sebagai berikut :

a) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup dan monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik

Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: tens, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, teknik relaksasi, kompres hangat/dingin.), kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) dan pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan, analgetik secara tepat dan ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2) Intervensi pendukung pada diagnosis nyeri akut yaitu aromaterapi, dukungan hipnosis diri, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik nafas, kompres dingin, kompres hangat, edukasi manajemen nyeri, pemantauan nyeri, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, pemberian obat topikal, pengaturan posisi, terapi distraksi, terapi akupresur, terapi murattal, perawatan kenyamanan, terapi akupuntur, terapi musik, terapi pemijatan, terapi rileksasi, terapi sentuhan dan latihan pernafasan. Intervensi pendukung latihan pernafasan terdiri sebagai berikut:

a) Observasi

Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernafasan dan monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan

b) Terapeutik

Sediakan tempat yang tenang, posisikan pasien nyaman dan rileks, tempatkan satu tangan didada dan satu tangan diperut (dimodifikasi dengan teknik *finger hold* satu tangan kanan memegang jari pada tangan kiri secara bergantian saat latihan nafas), ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan buang perlahan melalui mulut.

c) Edukasi: jelaskan manfaat dan konsekuensi perilaku yang diharapkan.

b. Gangguan mobilitas fisik

Kriteria hasil pada gangguan mobilitas fisik yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas, meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun dan kelemahan fisik menurun.

1) Rencana intervensi utama keperawatan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi dan dukungan ambulasi. Intervensi dukungan mobilisasi terdiri sebagai berikut :

a) Observasi

Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi dan monitor kondisi umum selama mobilisasi

b) Terapeutik dan edukasi

Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat dan libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. anjurkan untuk melakukan mobilisasi dini dan ajarkan mobilisasi sederhana (misalnya duduk ditempat

tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kamar mandi

- 2) Intervensi pendukung pada diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu edukasi latihan fisik, manajemen energi, pencegahan jatuh, terapi aktivitas, promosi latihan fisik, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, manajemen program latihan, perawatan kaki, perawatan tirah baring, teknik latihan penguatan otot, teknik latihan penguatan sendi dan terapi relaksasi otot progresif.

c. Risiko infeksi

Kriteria hasil pada diagnosis Risiko infeksi yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut kemerahan menurun, nyeri menurun bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun, drainase purulen menurun, kultur urine membaik, kultur darah membaik dan kultur area luka membaik.

- 1) Rencana intervensi utama pada diagnosis risiko infeksi yaitu pencegahan infeksi dan manajemen imunisasi atau vaksinasi.

Intervensi pencegahan infeksi terdiri sebagai berikut :

a) Observasi

Monitor tanda dan gejala dan infeksi lokal dan sistemik.

b) Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

c) Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, ajarkan cuci tangan yang benar dan ajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan

2) Intervensi pendukung pada diagnosa Risiko infeksi yaitu dukungan perawatan diri, edukasi pencegahan luka tekan induksi persalinan, pemberian obat, perawatan luka, perawatan luka pasca persalinan, manajemen lingkungan, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, pengaturan posisi, perawatan area insisi, perawatan perineum dan perawatan persalinan resiko tinggi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan pada fase *post* operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) (2018), namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase *post* operasi.

a. Nyeri akut

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin.

Mengajarkan intervensi pendukung latihan pernafasan yaitu identifikasi indikasi dilakukan latihan pernafasan dan monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan, menyediakan tempat yang tenang, posisikan pasien nyaman dan rileks, tempatkan satu tangan didada dan satu tangan diperut (dimodifikasi dengan teknik *finger hold* satu tangan kanan memegang jari pada tangan kiri secara bergantian saat latihan

nafas), ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan buang perlahan melalui mulut.

b. Gangguan mobilitas fisik

Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misalnya pagar tempat tidur, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini bertahap dan mengajarkan untuk mobilisasi sederhana seperti miring kanan kiri ditempat tidur

c. Risiko infeksi

Memonitor tanda dan gejala dan infeksi lokal dan sistemik. memberikan perawatan kulit pada area luka , mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, mengajarkan cuci tangan yang benar dan mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada fase *post* operasi dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan kriteria evaluasi yang sudah disusun sejauh mana hasil akhir dapat dicapai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Umumnya bentuk evaluasi yang dilakukan dengan format SOAP.

C. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Persalinan *sectio cesarea* adalah proses persalinan dengan sayatan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim. namun demikian, tindakan *sectio caesarea* tidak lagi dilakukan semata-mata karena pertimbangan medis, tetapi juga termasuk permintaan pasien sendiri atau saran dari dokter yang menangani (Pamilangan et al, 2019). *Section caesarea* merupakan pembedahan melewati tahapan pembiusan sampai janin, plasenta, serta air ketuban melewati proses pembedahan perut serta rahim (Kuswandari & Afsah, 2016). *Sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu prosedur melahirkan janin secara buatan yang dilakukan melewati proses insisi dengan melakukan pembedahan pada bagian dinding perut serta dinding uterus ibunya (Haws, 2014).

Sectio Caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat adanya masalah kesehatan ibu dan kondisi bayi. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Rahayu et al., 2023)

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Peningkatan persalinan dengan *seksio sesarea* disebabkan karena adanya indikasi medis dan non medis. indikasi non medis dipengaruhi oleh usia, pendidikan, sosial budaya, dan sosial ekonomi. adapun indikasi medis dilakukannya tindakan seksio sesarea yaitu karena partus lama, gawat janin, preeklamsia, eklamsia, plasenta previa, kehamilan kembar, solusio plasenta, panggul sempit, dan indikasi *seksio sesarea* sebelumnya (Pamilangan et al., 2019).

Indikasi *sectio caesarea* yaitu presentasi janin abnormal (misalnya letak bokong atau lintang), kegagalan kemajuan persalinan, gawat janin, kondisi ibu yang mengganggu kesejahteraan janin (mis.plasenta

previa) dan *sectio caesarea* berulang (Haws, 2014). Indikasi *sectio caesarea* dibagi menjadi 2 yaitu :

- a. Indikasi dari ibu seperti ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), pre-eklamsia berat (PEB), ketuban pecah dini (KPD), bekas *Sectio Caesarea* sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir (Juliathi et al., 2021)
- b. Indikasi dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan, gawat janin, propalus funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomali janin misalnya hidrosefalus (Juliathi et al., 2021)

3. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Kontraindikasi *sectio caesarea* diantaranya janin yang sudah mati, ibu hamil yang mempunyai syok, anemia berat sebelum diatasi, serta kelainan bawaan (Haws, 2014). Kontraindikasi dilakukan persalinan *sectio caesarea* yaitu janin mati, shock, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen dan fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea* (Maros & Juniar, 2016).

4. Jenis *sectio caesarea*

Menurut Purwoastuti & Walyani (2015), ada beberapa jenis *sectio caesarea* yaitu :

- a. Jenis klasik dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan lahir. Akan tetapi jenis ini sudah tidak sangat jarang dilakukan hari ini karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.

- b. Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhan.
- c. Histerektomi *caesar* yaitu bedah *caesar* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana perdarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan oleh rahim.
- d. Bentuk lain dari bedah *caesar* seperti *extraperitoneal caesarean section* atau *porro caesarean section* yaitu bedah caesar yang berulang pada pasien yang pernah melakukan caesar , biasanya dilakukan diatas bekas yang sama.

5. Klasifikasi *Sectio Caesararum*

Menurut Sari (2022), klasifikasi *sectio caesarea* sebagai berikut:

- a. Segmen bawah :
Insisi melintang karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.
- b. Segmen bawah :
Insisi membujur cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.
- c. *Sectio caesarea* klasik
Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan *scalpel* kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga

lapis. Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *sectio Caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

d. *Sectio caesarea extraperitoneal*

Pembedahan *extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal.

e. *Histerektomi caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien menjadi syok.

6. Pathofisiologi

Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, plasenta previa, dll untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin berukuran besar dan letak lintang. Seseorang yang baru saja menjalani operasi karena adanya nyeri akan cenderung untuk bergerak lebih lambat. Rasa sakit akan membuat klien enggan untuk menggerakkan badanya, apalagi turun dari tempat tidur. Klien pasca *sectio caesarea* di ruang pemulihan, saat klien sadar dari anastesi umum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Hal ini yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang kurang baik (Aspiani, 2017).

Setelah persalinan *sectio caesarea*, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan *sectio caesarea* yang mengakibatkan putusanya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu memilih tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah. Hal ini yang membuat ibu tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan personal hygiene seperti aktivitas mandi. Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi.

Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi. Setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi *post partum* baik dari aspek kognitif berpakurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit (Aspiani, 2017).

7. Komplikasi Sectio Caesarea

Operasi *post sectio caesarea* atau biasa disebut operasi sesar, dapat dibedakan menjadi komplikasi *post* operasi dan komplikasi jangka panjang. Teknik operasi dan indikasi operasi yang baik dapat mengurangi komplikasi akibat *sectio caesarea*. Komplikasi dari *sectio caesarea* dapat menyebabkan mortalitas ibu, sehingga perlu diperhatikan. *Sectio caesarea* juga dapat menyebabkan komplikasi pada neonatus, seperti takipnea, transien, neonatus.

- a. Komplikasi jangka pendek dapat terjadi intraoperatif ataupun *post sectio caesarea*. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain adalah:

1) Infeksi

Infeksi *post sectio caesarea* paling sering disebabkan oleh endometritis, infeksi luka bekas operasi, dan tromboflebitis akibat akses intravena. Pemberian profilaksis antibiotik serta teknik operasi yang baik dapat mengurangi infeksi *post* operasi pada *sectio caesarea*. Infeksi juga dapat terjadi akibat pemasangan kateter.

2) Sepsis

Pasien yang mengalami infeksi *post sectio casarea* juga berisiko mengalami sepsis. Sepsis terjadi pada 6.8%-9.7% pasien dengan luka operasi terinfeksi dan 3.9-18.4% pada pasien endometritis *post operasi*. Pemberian antibiotik, drainasi, laparotomi ulang, serta eksplorasi luka dapat dilakukan untuk menangani sepsis pada *post sectio caesarea*.

3) Perdarahan

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi *sectio caesarea* yang paling sering terjadi. Perdarahan dapat terjadi secara cepat ataupun lambat. Faktor risiko perdarahan *post sectio caesarea* antara lain yaitu plasenta previa, distosia, perdarahan antepartum, fibroid uterus, obesitas, pemakaian anestesi umum. Perdarahan umumnya disebabkan karena atonia uteri, trauma jaringan, trauma kandung kemih, gangguan koagulasi, atau masalah plasenta. Penanganan akan sangat

4) Disrupsi Luka

Disrupsi luka / gagal menutup dapat terjadi *post sectio caesarea*, terutama pada wanita dengan obesitas, diabetes, insisi vertikal, dan riwayat disrupsi luka. Disrupsi luka juga meningkatkan risiko terjadinya infeksi luka operasi. Operasi ulang untuk menutup luka dapat dilakukan.

5) Komplikasi Anestesi

Komplikasi anestesi yang terjadi berbeda-beda tergantung teknik anestesi yang dipilih. Anestesi regional merupakan pilihan yang lebih baik, tetapi tetap dapat menyebabkan komplikasi seperti hematoma, nyeri kepala, nyeri punggung, dan sebagainya.

b. Komplikasi jangka panjang *sectio caesarea*

- 1) Komplikasi luka komplikasi yang dapat terjadi antara lain bekas luka insisi keloid.
- 2) Adhesi adalah komplikasi *sectio caesarea* yang paling sering terjadi, risiko seorang wanita mengalami adhesi meningkat seiring dengan bertambahnya operasi *sectio caesarea*, prevalensi adhesi pada *sectio caesarea* kedua adalah 12-46% dan *sectio caesarea* yang ketiga adalah 26-75%.

8. Dampak *Sectio Caesarea*

Persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* akan berdampak pada ibu serta bayinya. Nyeri yang datang hilang diakibatkan oleh pembedahan pada dinding perut serta dinding uterus yang tidak dapat hilang dalam satu hari itu dapat memberikan efek yang diantaranya aktivitas menjadi terbatas, terganggunya *bouding attachment* (adanya ikatan batin antara orang tua dan bayinya), terganggunya *activity of daily living* (ADL) atau aktivitas perawatan diri pada ibu serta yang menyebabkan kurangnya nutrisi pada bayi karena sejak awal untuk memberikan ASI tertunda. Selain itu juga dapat berpengaruh dalam inisiasi menyusui dini (IMD) yang dapat berpengaruh terhadap kekebalan tubuh bayi yang dilahirkan (Haws, 2014).

D. Konsep Latihan Pernafasan

1. Definisi Latihan Pernafasan

Menurut SIKI (2018), latihan pernafasan adalah latihan menggerakkan dinding dada untuk meningkatkan bersihan jalan nafas, meningkatkan pengembangan paru, menguatkan otot-otot nafas dan

meningkatkan relaksasi atau rasa nyaman. Menurut Emiliyawati (2020), latihan nafas dalam bukanlah bentuk dari latihan fisik, ini merupakan teknik jiwa dan tubuh yang bisa ditambahkan dalam berbagai rutinitas guna mendapatkan efek rileks, praktik jangka panjang dari latihan pernafasan dalam akan memperbaiki kesehatan, bernafas pelan adalah bentuk paling sehat dari pernafasan dalam.

Teknik latihan pernafasan merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Nafas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas. Latihan napas yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernafasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing. Relaksasi nafas adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Puji, 2020).

2. Manfaat Latihan Pernafasan

Menurut Emiliyawati (2020), Latihan pernafasan bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, mengurangi stress baik stress fisik ataupun stress emosional sehingga dapat menurunkan intensitas atau skala nyeri dan menurunkan kecemasan yang dirasakan seseorang, Latihan pernafasan juga memiliki berbagai manfaat seperti dapat menyebabkan penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan. Selain itu relaksasi nafas dalam juga memiliki keuntungan diantaranya dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau klien tanpa media serta dapat merileksasikan otot-otot yang tegang.

3. Indikasi dan Kontraindikasi Pemberian Latihan Pernafasan

Menurut puji (2020), menyatakan bahwa indikasi pemberian latihan pernafasan yaitu pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan

sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif, Pasien dengan nyeri kronis, Nyeri pasca operasi dan Pasien yang mengalami stress. Kontraindikasi pemberian latihan pernafasan yaitu latihan pernafasan tidak diperbolehkan diberikan kepada individu yang mengalami sesak nafas akut, asma atau memiliki riwayat masalah pernapasan (Emiliyawati, 2020)

4. Pengaruh Latihan Pernafasan terhadap Nyeri

Latihan pernafasan dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin. Ketika seseorang melakukan latihan pernafasan untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan maka tubuh akan menurunkan aktifitas saraf simpatis dan akan merangsang peningkatan komponen saraf parasimpatis secara simultan, sehingga terjadi penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang dapat mempengaruhi tingkat stress dan kecemasan seseorang melalui respon rileks, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu mengatasi kelelahan dan ketegangan otot yang dapat meningkatkan nyeri. Teknik relaksasi yang baik dan benar dapat memberikan efek penurunan tekanan darah, penurunan konsumsi oksigen, penurunan ketegangan otot dan penurunan kecepatan metabolisme (Handayani, 2021).

Pernafasan dengan memperpanjang ekspirasi dapat memperbaiki transport oksigen, membantu untuk menginduksi pola napas lambat dan dalam, dan membantu pasien untuk mengontrol pernapasan, bahkan selama periode stress fisik. Tujuannya yaitu untuk melatih otot-otot ekspirasi untuk memperpanjang ekshalasi dan meningkatkan tekanan jalan napas selama ekspirasi, dengan demikian mengurangi jumlah udara yang terjebak dan jumlah tahanan jalan napas. Pasien diinstruksikan untuk menghirup napas 3 hitungan dan menghembuskan napas dengan lambat dan rata melalui mulut hingga 7 hitungan sambil memperpanjang ekspirasi (Handayani, 2021).

5. Prosedur Pemberian Latihan Pernafasan

Berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) (2018), prosedur pemberian latihan pernafasan adalah sebagai berikut :

- a. Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernafasan
- b. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan
- c. Sediakan tempat yang tenang
- d. Posisikan pasien nyaman dan rileks
- e. Tempatkan satu tangan didada dan satu tangan diperut
- f. Ambil nafas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan buang perlahan melalui mulut.
- g. Mencuci tangan sesudah kontak dengan pasien
- h. Dokumentasi

E. Konsep Latihan Pernafasan Teknik *Finger Hold*

1. Definisi Latihan Pernafasan Teknik *Finger Hold*

Teknik *finger hold* atau genggam jari adalah suatu tindakan penggabungan antara relaksasi nafas dalam dengan menggenggam jari mulai dari ibu jari sampai dengan kelima jari lain dengan waktu 3 menit setiap jari tangan. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan kita. Titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleksi (Lubis & Kaban, 2023).

Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju 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 (Lubis & Kaban, 2023).

Teknik *finger hold* adalah cara untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Jari tangan kita memiliki saluran energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik reflesi pada tangan memberikan rangsangan secara spontan pada saat menggenggam. Teknik relaksasi dapat membantu tubuh, pikiran dan jiwa dalam mencapai relaksasi, dalam keadaan rileks maka secara ilmiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin dimana hormon ini adalah analgesik alami dari tubuh yang menyebabkan nyeri berkurang (Dewi Utaminingsih et al., 2023)

2. Manfaat Latihan Pernafasan Teknik *Finger Hold*

Menurut (Hartini & Tridiyawati, 2024), terdapat beberapa manfaat relaksasi teknik *finger hold* diantaranya :

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

3. Indikasi dan Kontraindikasi Latihan Pernafasan Teknik *Finger Hold*

Menurut (Puspita Dewi & Fajriah, 2021) teknik *finger hold* atau relaksasi genggam jari dapat dilakukan pada seluruh pasien pasca operasi dengan keluhan nyeri, tidak nyaman, kecemasan dan dapat berkomunikasi dengan baik. Kontraindikasi yaitu pada umumnya tidak ada kontraindikasi karna teknik ini sangat sederhana dan mudah yang bisa dilakukan oleh semua orang. Namun pada kondisi tertentu pada pasien tindakan ini sebaiknya tidak dilakukan seperti pasien pasca operasi yang menggunakan alat ventilator, pasien dengan luka diarea telapak atau jari tangan ekstermitas atas, pasien dengan nyeri berat yang meningkat (Puspita Dewi & Fajriah, 2021).

4. Mekanisme latihan pernafasan Teknik *Finger Hold*

Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam dapat mengurangi bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi, teknik relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meredian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan, sehingga nantinya mampu memberikan efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggam, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju otak kemudian dilanjutkan kesaraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan sehingga diharapkan sumbatan jalur energi menjadi lancar.

Genggaman pada ibu jari bermanfaat untuk mengurangi kekhawatiran, manfaat tambahan untuk depresi, kebencian, obsesi, kecemasan, perlindungan diri, hingga kelelahan fisik. Genggaman pada jari telunjuk bermanfaat untuk mengurangi rasa takut, selain itu dapat membantu pada kondisi depresi dan ketidaknyamanan. Genggaman pada jari tengah secara umum berfungsi untuk mengatasi kemarahan, dan memiliki manfaat tambahan mengurangi ketidakstabilan fisik dan ketidaknyamanan. Genggaman pada jari manis berfungsi untuk mengatasi rasa kesedihan fungsi tambahan untuk mengatasi perasaan negatif, kenyamanan pernafasan. Sementara itu genggam pada jari kelingking mempunyai manfaat untuk relaksasi mengurangi rasa tidak nyaman, mengurangi nyeri dan gangguan pencernaan (Santoso, 2022).

5. Hubungan Latihan Pernafasan Teknik *Finger Hold* dengan Penurunan Nyeri

Teknik relaksasi *finger hold* mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Adanya stimulus nyeri pada area luka bedah menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang akan menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut saraf aferen nosiseptor ke substansia gelatinosa (pintu gerbang) dimedula spinalis untuk selanjutnya melewati thalamus kemudia disampaikan ke

kortek serebri dan diinterpretasikan sebagai nyeri. Perlakuan relaksasi *finger hold* akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf. Serabut saraf mengakibatkan pintu gerbang tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang. Relaksasi menyebabkan impuls nyeri akan dihambat dan mengakibatkan pintu gerbang dithalamus tertutup. Tertutupnya pintu gerbang dithalamus mengakibatkan stimulus yang menuju korteks serebri terhambat sehingga intensitas nyeri berkurang (sugiyanto, 2020).

Menurut (Rosiska, 2021), menyebutkan bahwa saat seseorang melakukan relaksasi teknik *finger hold* untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress sehingga dapat meningkatkan konsentrasi tubuh mempermudah mengatur pernafasan yang membuat meningkat kadar oksigen dalam darah memberikan rasa tenang yang mampu mengatasi nyeri

6. Langkah-Langkah latihan pernafasan Teknik *Finger Hold*

Menurut Gusti Ayu (2022), langkah-langkah pemberian teknik *finger hold* antara lain :

- a. Memberitahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai
- b. Posisikan pasien berbaring lurus pada tempat tidur atau setengah duduk, minta pasien untuk mengatur napas serta merileksasikan otot
- c. Perawat duduk atau berdiri disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam jari hingga nadi pasien terasa berdenyut
- d. Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur
- e. Genggam ibu jari lakukan tarik nafas dalam dengan cara tarik nafas melalui mulut tahan selama 7 detik hembuskan melalui mulut secara perlahan lakukan secara teratur kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari berikutnya

- f. Alihkan tindakan untuk tangan yang lain lakukan tindakan yang sama seperti pada tangan sebelumnya
- g. Lakukan tindakan ini kurang lebih 10-15 menit dan Anjurkan pasien untuk melakukan teknik *finger hold* pada saat nyeri timbul kembali.
- h. Mencuci tangan dan dokumentasi

7. Indikator Keberhasilan Pemberian Terapi

- a. Keluhan nyeri menurun dari nyeri berat (7-9) dan nyeri sedang (4-6) menjadi nyeri ringan (2-3)
- b. Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas meningkat
- c. Kesulitan tidur dan meringis yang dialami pasien menurun
- d. Pola tidur dan nafsu makan pasien membaik
- e. Klien mampu mengulangi secara mandiri dan memahami teknik *finger hold* dengan baik
- f. Perasaan takut mengalami cedera dan sikap protektif selalu memegangi area yang nyeri menurun

F. Jurnal Terkait

Tabel 2.1
Jurnal Terkait

No	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien <i>Post Operasi Sectio Caesarea</i> Di Rumah Sakit Umum Sundari Medan (Lubis & Kaban, 2023).	Desain penelitian ini adalah quasi eksperiment with pretest-posttest design dengan 2 kelompok	Didapatkan hasil kelompok intervensi sebelum diberi perlakuan yang mengalami nyeri sedang sebanyak 30 responden (88,2%) dan 4 responden (11,8%) mengalami nyeri ringan. Setelah diberikan relaksasi genggam jari mengalami perubahan menjadi 26 responden (76,5%) yang mengalami nyeri ringan dan 8 responden (23,5%) mengalami nyeri sedang
2	Pengaruh Kombinasi Genggam Jari dan Aromaterapi Jasmine Terhadap Nyeri Pasien	Desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan studi kasus berdasarkan penerapan	Sempel berjumlah 2 orang. Hasil yang didapat dari kedua subjek nyeri dapat menurun dari nyeri

No	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
	<i>Post Operasi Sectio Caesarea</i> (Dewi Utaminingsih et al., 2023).	evidence based practice	sedang menurun menjadi nyeri ringan. Ada penurunan nyeri setelah diberikan kombinasi genggam jari dan aromaterapi jasmine pada ibu <i>post sectio caesarea</i>
3	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri <i>Post Sectio Caesarea</i> di Ruang Adas Manis RSUD Pandan Arang Boyolali tahun 2023 (Utami et al., 2023).	Desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan studi kasus berdasarkan penerapan evidence based practice	Sampel berjumlah 2 orang ,hasil penelitian intensitas nyeri pada kedua responden sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari mengalami skala nyeri sedang dan setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari mengalami penurunan skala nyeri yaitu menjadi ringan
4	Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari Di R sud Sawerigading Palopo (Sugiyanto, 2020).	Jenis penelitian yang digunakan adalah Quasi Eksperiment dengan bentuk pre-post test with control grup.	Jumlah sampel 25 untuk kelompok intervensi Didapatkan hasil responden setelah diberikan intervensi mengalami penurunan nyeri sebelum diberika intervensi terdapat 24 nyeri sedang dan 1 nyeri ringan, lalu setelah diberikan intervensi didapatkan hasil 16 nyeri ringan dan 9 nyeri sedang
5	Teknik <i>Finger hold</i> Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi di RS X Kabupaten Bogor (Rahayu et al., 2023).	Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Pre-Experiment dengan pendekatan pre-test dan post-test tanpa kelompok kontrol	Jumlah sampel 42 responden dan didapatkan hasil sebelum diberikan intervensi 2 nyeri berat dan 40 nyeri sedang, lalu setelah diberikan intervensi didapatkan hasil 26 nyeri ringan dan 16 nyeri sedang
6	Studi kasus penerapan teknik relaksasi genggam jari pada nyeri <i>post sectio caesarea</i> di ruang nifas rsud soedarso pontianak tahun 2022 (Jayanti & Juliana, 2022).	Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling yaitu sebanyak 1 pasien dengan kriteria inklusi pasien <i>post sectio caesarea</i> Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dengan keluarga pasien	Jumlah responden 1 pasien dan didapatkan hasil sebelum diberikan intervensi skala nyeri 6, namun setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil pasien mengatakan rasa nyeri berkurang dengan skala nyeri 2,nyeri hilang timbul hasil evaluasi dapat

No	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
		dan mengobservasi pasien secara langsung, serta dari catatan rekam medis.	menunjukkan bahwa adanya penurunan skala nyeri.
7	Asuhan keperawatan nyeri akut pada klien <i>post sectio caesarea</i> di rsud soewondo pati tahun 2021 (Ardiansyah et al., 2021).	Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan study kasus (case study) dan menggunakan proses pendekatan keperawatan. Sampling yang digunakan meliputi 2 pasien.	Hasil didapatkan setelah dilakukan implementasi klien 1 dengan skala nyerinya 4 berubah menjadi 2 setelah diajarkan teknik <i>finger hold</i> , sedangkan klien 2 dengan skala nyerinya 5 berubah menjadi 2 setelah diajarkan teknik <i>finger hold</i> . disimpulkan bahwa asuhan keperawatan ini menunjukkan pengaruh pemberian <i>finger hold</i> terhadap penurunan nyeri
8	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Op Sectio Caesarea di RSIA Siti Khadijah Kota Gorontalo (Harismayanti et al, 2023).	Metode yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus pada 4 orang pasien <i>Post sectio caesarea</i> dengan meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Proses penerapan teknik relaksasi genggam jari ini di lakukan selama 1 hari	Maka didapatkan hasil sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi intensitas nyeri menurun. Studi kasus ini menunjukkan setelah dilakukan Relaksasi genggam jari pada pasien 1, 2, 3 dan 4 yang mengalami nyeri post operasi <i>sectio caesarea</i> didapatkan hasil adanya perubahan skala nyeri dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan.
9	Penerapan Intervensi Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea dengan Preeklampsia : Studi Kasus (Afifah et al., 2023)	Metode penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi serta evaluasi dengan menggunakan 1 pasien	Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi teknik relaksasi genggam jari dapat digunakan dalam menurunkan nyeri pada pasien post sectio caesarea, sebelum diberikan intervensi skala nyeri 6 dan setelah diberikan intervensi selama 3x24 jam dengan durasi 30 menit skala nyeri turun menjadi 2.