

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Masalah Utama**

##### **1. Konsep Tindakan *Sectio Caesarea***

###### **a. Definisi *Sectio Caesarea***

*Sectio caesarea* adalah salah satu bentuk pengeluaran janin melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparotomi) dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. SC merupakan suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Wahyu, 2018). Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa SC adalah sebuah tindakan persalinan melalui pembedahan pada dinding uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih.

###### **b. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea***

Manifestasi klinis *Sectio Caesarea* menurut Doengoes (2011) dalam Hidayati (2019) sebagai berikut :

- 1) Nyeri akibat ada luka pembedahan
- 2) Adanya luka insisi pada bagian abdomen.
- 3) Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus.
- 4) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak).
- 5) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.
- 6) Emosi labil/perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru.
- 7) Biasanya terpasang kateter urinarius.
- 8) Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar.
- 9) Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah.
- 10) Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler.

11) Pada kelahiran secara SC (*Sectio Caesarea*) tidak direncanakan maka biasanya kurang paham dengan prosedur.

12) *Bonding dan attachment* pada anak yang baru dilahirkan.

### c. Patofisiologis

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya pada ibu meliputi adanya perdarahan pervaginam, distosia jaringan lunak, penyakit penyulit, sedangkan pada fetus meliputi prolapsus tali pusat, insufisiensi plasenta, asidosis fetus, persalinan yang berlarut-larut dan perdarahan fetus. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Operasi *sectio caesarea* akan berakibat terputusnya kontinuitas pada jaringan tubuh dan membentuk luka pada post operasi. Hal tersebut akan mengakibatkan jaringan menjadi terputus dan terbuka. Saat jaringan terputus akan merangsang pada area sensorik yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman pada klien. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, apabila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi (Sholikhah, 2011 dalam Hidayati, 2019).

### d. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Sitinjak (2019) indikasi SC dibagi menjadi dua, yaitu:

#### 1) Indikasi medis

Indikasi medis dilakukannya SC ada dua faktor yang mempengaruhi yaitu faktor janin dan faktor ibu.

a) Faktor janin terdiri dari bayi terlalu besar, kelainan letak, ancaman gawat janin, janin abnormal, dan bayi kembar.

- b) Faktor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan (paritas), keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, Ketuban Pecah Dini (KPD), dan pre eklamsia.
- 2) Indikasi non medis terdiri atas indikasi sosial *High Social Value Baby* (HSVB) dan karena adanya permintaan dari pasien sendiri atau direncanakan (Hutabalian, 2011 dalam Sitinjak, 2019).

**e. Kontraindikasi**

Ada beberapa kontraindikasi untuk kelahiran sesar, tetapi biasanya tidak dilakukan jika janin sudah mati atau terlalu dini untuk bertahan hidup atau jika ibu memiliki pembekuan darah yang tidak normal (Leifer, 2019). Selain itu kontraindikasi pada pasien SC memiliki dua keadaan, yaitu pada keselamatan ibu akan terancam apabila dilakukan (ibu menderita gangguan pulmonal berat) dan janin akan terancam mati apabila diketahui memiliki abnormalitas kariotipik atau anomaly kongenital yang dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir.

**f. Risiko *Sectio Caesarea***

Menurut Leifer (2019) risiko *sectio caesarea* dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Risiko pada ibu
  - Risiko terkait anestesi
  - Komplikasi pernapasan
  - Perdarahan
  - Pembekuan darah
  - Cedera pada saluran kemih
  - Peristaltik usus tertunda (ileus paralitik)
  - Infeksi
- 2) Risiko pada bayi baru lahir
  - Kelahiran prematur yang tidak disengaja

- Masalah pernapasan karena penyerapan cairan paru-paru yang tertunda
- Cedera, seperti laserasi atau memar
- Jaringan parut pada rahim yang dapat mempengaruhi kemajuan kehamilan berikutnya.

**g. Jenis-Jenis *Sectio Caesarea***

Terdapat dua jenis operasi *sectio caesarea* menurut Padila (2015) antara lain:

1) Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

a) *Sectio caesarea* klasik (korporal)

Operasi ini dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 centimeter.

Kelebihan:

- Mengeluarkan janin dengan cepat
- Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- Sayatan bisa diperpanjang prokimal atau distal

Kekurangan:

- Infeksi mudah menyebar secara intra-abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik
- Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan

b) *Sectio caesarea* ismika (*profunda*)

Operasi ini dilakukan dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 centimeter.

Kelebihan:

- Penjahitan luka lebih mudah
- Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- Tumpang tindih dari peritoneal flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- Perdarahan tidak begitu banyak

- Kemungkinan rupture uteri spontan berkurang atau lebih kecil

Kekurangan:

- Luka dapat melebar kekiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak.
- Keluhan pada kandung kemih operasi tinggi.

c) Vagina (*sectio caesarea vaginalis*)

Menurut sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

- Sayatan memanjang (longitudinal)
- Sayatan melintang (transversal)
- Sayatan huruf T (T-indiction)

## 2. Konsep Nyeri

### a. Pengertian nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan atau menggambarkan seperti ada kerusakan (Kemenkes RI, 2019). Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri post SC adalah nyeri yang disebabkan adanya insisi dan jaringan yang rusak. Nyeri merupakan sensasi yang bersifat sangat subyektif (Rejeki, 2020).

*Association for the study of pain* mendefinisikan bahwa nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul dari kerusakan jaringan secara aktual atau potensial atau menunjukkan adanya kerusakan. Nyeri merupakan pengalaman mekanisme protektif bagi tubuh dan menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan rangsang nyeri (Rejeki, 2020).

## **b. Penyebab Nyeri**

Penyebab nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Proses nyeri dalam keadaan sadar adalah nosisepsi. Nyeri nosiseptif dialami ketika sistem saraf yang utuh dan berfungsi dengan baik mengirimkan sinyal bahwa jaringan rusak sehingga memerlukan perhatian dan perawatan yang tepat. Misalnya, rasa sakit yang dialami setelah terpotong atau patah tulang mengingatkan seseorang untuk menghindari kerusakan lebih lanjut hingga tulang tersebut benar-benar sembuh. Setelah stabil atau sembuh, rasa sakitnya hilang; dengan demikian, rasa sakit ini bersifat sementara. Mungkin juga ada bentuk nyeri nosiseptif yang persisten. Contohnya adalah seseorang yang kehilangan tulang rawan pelindung pada persendiannya. Nyeri akan terjadi ketika persendian mengalami tekanan karena kontak tulang ke tulang merusak jaringan. Bentuk umum dari osteoarthritis ini menimbulkan rasa sakit pada jutaan orang, beberapa di antaranya mengalami nyeri intermiten sedangkan yang lain mengalami nyeri terus-menerus selama bertahun-tahun.

Subkategori nyeri nosiseptif meliputi somatik dan visceral. Nyeri somatik berasal dari kulit, otot, tulang, atau jaringan ikat. Sensasi tajam terpotong kertas atau nyeri pada pergelangan kaki yang terkilir adalah contoh umum nyeri somatik. Nyeri visceral terjadi akibat aktivasi reseptor nyeri pada organ atau rongga organ dalam dan cenderung ditandai dengan rasa kram, berdenyut, tertekan, atau nyeri. Seringkali nyeri viseral dikaitkan dengan perasaan mual (misalnya berkeringat, mual, atau muntah) seperti pada contoh nyeri persalinan, angina pektoris, atau iritasi usus besar.

Nyeri neuropatik berhubungan dengan saraf yang rusak atau tidak berfungsi karena penyakit (misalnya neuralgia pascaherpetik, neuropati perifer diabetik), cedera (misalnya nyeri tungkai hantu, nyeri cedera tulang belakang), atau penyebab yang tidak diketahui. Nyeri

neuropatik biasanya bersifat kronis; sering digambarkan sebagai rasa terbakar, “sengatan listrik”, atau kesemutan, mati rasa yang menyakitkan, tumpul, dan nyeri. Episode nyeri yang tajam dan menusuk juga bisa dialami. Nyeri neuropatik cenderung sulit diobati (Kozier & Erb’s, 2022).

### c. **Klasifikasi Nyeri**

Nyeri dapat dijelaskan berdasarkan lokasi, durasi, intensitas, dan etiologi (Kozier & Erb’s, 2022).

#### 1) Lokasi

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi (misalnya kepala, punggung, dada) mungkin menimbulkan masalah. Misalnya, *International Headache Society* mengenal berbagai jenis sakit kepala. Banyak yang memiliki gambaran klinis serupa namun kebutuhan klinisnya berbeda. Meskipun demikian, lokasi nyeri merupakan pertimbangan penting. Misalnya, jika setelah operasi lutut, klien melaporkan nyeri dada yang cukup parah, perawat harus segera bertindak untuk mengevaluasi lebih lanjut dan menangani ketidaknyamanan ini. Kemampuan untuk membedakan antara nyeri dada jantung dan nonkardiak bahkan menjadi tantangan bagi dokter ahli, namun fakta bahwa nyeri dada dievaluasi dan ditangani secara berbeda dibandingkan nyeri lutut pada klien ini dapat dimengerti. Yang memperumit kategorisasi nyeri berdasarkan lokasinya adalah kenyataan bahwa beberapa nyeri menjalar (menyebar atau meluas) ke area lain (misalnya, punggung bawah hingga kaki). Nyeri juga dapat dirujuk (tampaknya timbul di area berbeda) ke bagian tubuh lain. Misalnya, nyeri jantung dapat dirasakan di bahu atau lengan kiri, dengan atau tanpa nyeri dada. Nyeri visceral (nyeri yang timbul pada organ atau organ dalam yang berongga) sering dirasakan di area yang jauh dari organ penyebab nyeri.

## 2) Durasi

Jika nyeri berlangsung hanya selama masa pemulihan yang diharapkan, yaitu kurang dari 3 bulan, maka nyeri tersebut disebut sebagai nyeri akut, baik yang timbul secara tiba-tiba maupun lambat, berapa pun intensitasnya. Nyeri kronis, juga dikenal sebagai nyeri persisten, disebabkan oleh sinyal nyeri yang menyerang sistem saraf lebih dari 3 bulan hingga bertahun-tahun. Rasa sakit mungkin diawali oleh cedera (misalnya keseleo punggung) atau mungkin timbul karena penyebab nyeri yang berkelanjutan, seperti radang sendi. Nyeri yang berhubungan dengan kanker mungkin disebabkan oleh efek langsung dari penyakit dan pengobatannya, seperti radiasi atau kemoterapi. Nyeri akut dan nyeri kronis menghasilkan respons fisiologis dan perilaku yang berbeda, seperti ditunjukkan pada gambar.

## 3) Intensitas

Kebanyakan praktisi mengklasifikasikan intensitas nyeri dengan menggunakan skala numerik: 0 (tidak nyeri) hingga 10 (nyeri terburuk yang bisa dibayangkan). Dengan mengaitkan peringkat tersebut dengan skor kesehatan dan fungsi, nyeri pada rentang 1 hingga 3 dianggap nyeri ringan, peringkat 4 hingga 6 adalah nyeri sedang, dan nyeri yang mencapai 7 hingga 10 dipandang sebagai nyeri berat dan dikaitkan dengan hasil terburuk.

### d. Respons Terhadap Nyeri

#### 1) Respons fisiologis terhadap nyeri

Tabel 2.1 Reaksi-reaksi Fisiologi terhadap Nyeri

<b>Respons</b>	<b>Akibat atau Efek</b>
<b>Stimulasi Simpatis</b>	
Dilatasi pembuluh bronkial dan peningkatan kecepatan pernapasan	Adanya peningkatan intake oksigen
Peningkatan denyut jantung	Adanya peningkatan transpor oksigen

Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Adanya peningkatan tekanan darah dengan perubahan suplai darah dari perifer dan visera menuju otot dan otak
Peningkatan kadar gula darah	Adanya ekstra energi
Diaforesis	Mengontrol suhu tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot untuk bergerak
Dilatasi pupil	Memberikan penglihatan yang lebih baik
Penurunan pergerakan pencernaan	Melepaskan energi untuk aktivitas lain yang harus dilakukan dengan segera
<b>Stimulasi Parasimpatis</b>	
Pucat	Menyebabkan adanya perubahan suplai darah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat dari kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat dari stimulus vagal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh untuk menghindari gagal napas dalam keadaan stres yang berkepanjangan akibat nyeri

(Sumber: Potter & Perry, 2017)

## 2) Respons perilaku terhadap nyeri

Tabel 2.2 Indikator-indikator Perilaku terhadap Efek Nyeri

Ekspresi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merintih</li> <li>2. Menangis</li> <li>3. Terengah-engah</li> <li>4. Mendekur</li> </ol>
Ekspresi wajah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis</li> <li>2. Gigi yang terkatup</li> <li>3. Dahi yang berkerut</li> <li>4. Mata atau mulut yang tertutup rapat atau terbuka lebar</li> <li>5. Menggigit bibir</li> </ol>
Gerakan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Tidak dapat bergerak</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ketegangan otot</li> <li>4. Meningkatnya pergerakan tangan dan jari</li> <li>5. Aktivitas melangkah bolak-balik</li> <li>6. Gerakan menggosok atau mengusap</li> <li>7. Melindungi bagian tubuh tertentu</li> <li>8. Menggenggam atau memegang bagian tubuh tertentu</li> </ol>
Interaksi sosial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghindari percakapan</li> <li>2. Hanya berfokus kepada aktivitas yang mengurangi nyeri</li> <li>3. Menghindari kontak sosial</li> <li>4. Mengurangi interaksi dengan lingkungan</li> </ol>

(Sumber: Potter & Perry, 2017)

#### e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Potter & Perry (2017) faktor yang mempengaruhi nyeri ada 3, yaitu:

##### 1) Faktor fisik

##### a) Usia

Usia mempengaruhi pengalaman nyeri. Penting untuk mempertimbangkan bagaimana peristiwa yang menyakitkan mempengaruhi perkembangan pasien. Misalnya rasa sakit dapat menghalangi seorang remaja untuk terlibat secara sosial dengan teman-temannya. Orang dewasa paruh baya mungkin tidak dapat terus bekerja jika rasa sakitnya parah. Sangatlah penting untuk mengenali bagaimana perbedaan perkembangan mempengaruhi reaksi bayi dan orang dewasa yang lebih tua terhadap rasa sakit. Anak kecil kesulitan memahami rasa sakit, maknanya, dan prosedur yang menyebabkannya. Jika mereka belum mengembangkan kosa kata yang lengkap, mereka mengalami kesulitan dalam mendeskripsikan dan mengungkapkan rasa sakit secara verbal kepada orang tua atau pengasuh. Balita dan anak prasekolah tidak dapat mengingat penjelasan tentang rasa sakit atau menghubungkannya dengan pengalaman yang mungkin tidak ada hubungannya dengan kondisi rasa sakit tersebut. Dengan mempertimbangkan

pertimbangan perkembangan ini, kita perlu mengadaptasi pendekatan untuk menilai nyeri anak (misalnya, apa yang harus ditanyakan, termasuk apa yang harus ditanyakan kepada orang tua) dan mempelajari perilaku mana yang harus diamati dan bagaimana mempersiapkan anak menghadapi prosedur medis yang menyakitkan. Rasa sakit bukanlah bagian yang tidak dapat dihindari dalam proses penuaan.

Demikian pula persepsi nyeri tidak berkurang seiring bertambahnya usia. Namun, orang dewasa yang lebih tua memiliki kemungkinan lebih besar terkena kondisi patologis, yang disertai dengan nyeri akut dan kronis. Nyeri yang persisten mungkin berhubungan dengan gangguan fungsi fisik, terjatuh, berkurangnya nafsu makan, dismobilitas, gangguan tidur, depresi, kecemasan, agitasi dan delirium, serta penurunan fungsi kognitif yang lebih halus.

b) Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri dan menurunkan kemampuan coping. Jika terjadi bersamaan dengan sulit tidur, persepsi nyeri semakin besar. Nyeri sering kali lebih sedikit dialami setelah tidur nyenyak dibandingkan pada akhir hari yang panjang (Potter & Perry, 2017).

Menurut PPNI (2018) keletihan adalah penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. Dimana penyebabnya terdiri dari gangguan tidur, gaya hidup monoton, kondisi fisiologi, program perawatan/pengobatan jangka panjang, peristiwa hidup negatif, stres berlebihan dan depresi.

c) Genetik

Penelitian pada subjek manusia yang sehat menunjukkan bahwa informasi genetik yang diturunkan oleh orang tua mungkin meningkatkan atau menurunkan sensitivitas seseorang terhadap

rasa sakit dan menentukan ambang atau toleransi rasa sakit. Kemajuan terbaru dalam studi genetika dan nyeri menunjukkan bahwa perubahan sekecil apa pun pada asam deoksiribonukleat (DNA) atau ekspresi gen dapat menjelaskan sebagian perbedaan nyeri pada setiap individu. Banyak faktor risiko genetik telah diidentifikasi untuk nyeri pada kondisi muskuloskeletal, neuropatik, dan pembuluh darah, serta migrain. Pengaruh genetik telah terbukti berperan dalam sensitivitas, persepsi, dan ekspresi nyeri dalam berbagai kondisi. Sebagai perawat, Anda dapat mendorong pasien yang memiliki sindrom nyeri persisten untuk mencari konseling genetik (Potter & Perry, 2017).

## 2) Faktor sosial

### a) Pengalaman sebelumnya

Setiap orang belajar dari pengalaman menyakitkan. Pengalaman sebelumnya tidak berarti seseorang lebih mudah menerima rasa sakit di masa depan. Episode nyeri yang sering terjadi sebelumnya tanpa mereda atau serangan nyeri parah menyebabkan kecemasan atau ketakutan. Sebaliknya, jika seseorang berulang kali mengalami jenis nyeri yang sama yang berhasil dihilangkan di masa lalu, ia akan lebih mudah menafsirkan sensasi nyeri tersebut. Hasilnya, pasien siap mengambil tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan rasa sakitnya.

Ketika seorang pasien tidak memiliki pengalaman dengan kondisi yang menyakitkan, persepsi pertama tentang rasa sakit sering kali mengganggu kemampuan untuk mengatasinya. Misalnya, setelah operasi perut, pasien sering kali mengalami nyeri sayatan yang parah selama beberapa hari. Kecuali jika pasien mengetahui bahwa hal ini umum terjadi setelah operasi, timbulnya rasa sakit akan tampak seperti komplikasi yang

serius. Daripada berpartisipasi secara aktif dalam latihan pernapasan pasca operasi, pasien malah berbaring tak bergerak di tempat tidur dan bernapas dengan pendek karena takut ada sesuatu yang tidak beres. Pada fase pengalaman nyeri pra operasi dan antisipatif, Anda perlu mempersiapkan pasien dengan penjelasan yang jelas tentang jenis nyeri yang diharapkan dan metode untuk menguranginya. Hal ini biasanya mengakibatkan berkurangnya persepsi nyeri (Potter & Perry, 2017).

b) Dukungan keluarga

Orang yang kesakitan sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Meski rasa sakit masih ada, kehadiran keluarga atau teman sering kali dapat mengurangi stres yang dialami. Percakapan dengan keluarga adalah selingan yang berguna. Kehadiran orang tua sangat penting terutama pada anak yang mengalami nyeri (Potter & Perry, 2017).

c) Faktor spiritual

Spiritualitas adalah pencarian aktif makna dalam suatu situasi. Keyakinan spiritual mempengaruhi cara pasien memandang atau mengatasi rasa sakit. Penelitian telah menunjukkan banyak bukti bahwa intervensi yang membahas spiritualitas mempunyai manfaat bagi kesehatan fisik dan emosional individu, termasuk menghilangkan rasa sakit. Pasien sering menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang berdasarkan spiritual, seperti “Mengapa hal ini terjadi pada saya?” atau “Mengapa saya menderita?” Rasa sakit rohani melampaui apa yang bisa kita lihat. “Mengapa Tuhan melakukan ini padaku?” “Apakah penderitaan ini mengajarku sesuatu?” Kekhawatiran spiritual lainnya termasuk hilangnya kemandirian dan menjadi beban

bagi keluarga. Ingatlah bahwa rasa sakit adalah pengalaman yang memiliki komponen fisik dan emosional. Pasien yang menghadapi rasa sakit yang terus-menerus menggunakan praktik penanggulangan spiritual yang positif seperti mencari kekuatan dan dukungan pada makhluk yang lebih tinggi menyesuaikan diri dengan rasa sakit dan memiliki kesehatan mental yang signifikan. Memberikan dukungan kepada pasien untuk memanfaatkan praktik spiritual mereka sangat penting untuk manajemen nyeri (Potter & Perry, 2017).

### 3) Faktor psikologis

#### a) Kecemasan dan ketakutan

Seseorang mempersepsikan rasa sakit secara berbeda jika rasa sakit itu mengisyaratkan ancaman, kehilangan, hukuman, atau tantangan. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin merasakan nyeri secara berbeda dibandingkan wanita dengan riwayat kanker yang mengalami nyeri baru dan takut terulang kembali. Selain itu, derajat dan kualitas nyeri yang dirasakan pasien mempengaruhi maknanya. Hubungan antara rasa sakit, kecemasan, dan ketakutan sangatlah kompleks. Kedua emosi tersebut sering kali meningkatkan persepsi nyeri, dan nyeri menyebabkan perasaan cemas dan takut. Sulit untuk memisahkan kedua sensasi tersebut.

Pasien sakit kritis atau cedera yang merasa kurangnya kendali terhadap lingkungan dan perawatannya memiliki tingkat kecemasan yang tinggi. Kecemasan ini menyebabkan masalah manajemen nyeri yang serius. Pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis dalam pengelolaan kecemasan sudah tepat namun, obat ansiolitik bukanlah pengganti analgesia (Potter & Perry, 2017).

b) Gaya coping

Nyeri merupakan pengalaman kesepian yang seringkali menyebabkan pasien merasa kehilangan kendali. Gaya coping mempengaruhi kemampuan menghadapinya. Orang dengan lokus kendali internal menganggap diri mereka memiliki kendali atas peristiwa-peristiwa dalam hidup mereka dan akibat-akibatnya, misalnya rasa sakit. Mereka mengajukan pertanyaan, menginginkan informasi, dan membuat pilihan tentang pengobatan. Sebaliknya, orang-orang dengan lokus kendali eksternal menganggap bahwa faktor-faktor lain dalam kehidupan mereka, seperti perawat, bertanggung jawab atas hasil dari suatu peristiwa. Pasien-pasien ini mengikuti arahan dan lebih pasif dalam mengelola rasa sakit mereka. Belajarlah untuk memahami sumber daya pasien dalam mengatasi pengalaman yang menyakitkan sehingga Anda dapat memasukkannya ke dalam rencana perawatan Anda. Misalnya, pasien yang tidak meminta obat pereda nyeri tetapi menunjukkan tanda-tanda perilaku tidak nyaman mungkin mengharuskan Anda lebih responsif dalam menawarkan obat prn tepat waktu (Potter & Perry, 2017).

c) Faktor budaya

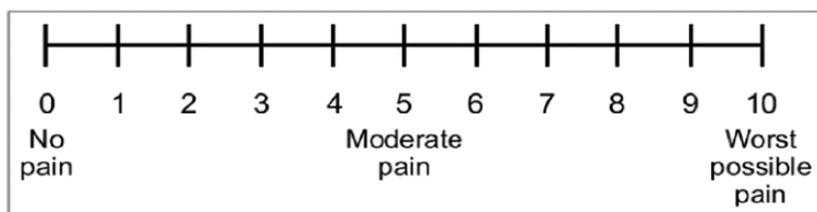
Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Budaya dan etnisitas berpengaruh pada bagaimana seseorang dalam merespons terhadap nyeri. Sejak dini pada masa kanak-kanak, individu belajar dari sekitar mereka respons nyeri yang bagaimana yang dapat diterima atau tidak diterima. Sebagai contoh anak dapat belajar bahwa cedera akibat olahraga tidak diperkirakan akan terlalu menyakitkan dibandingkan dengan cedera akibat kecelakaan motor. Sementara yang lainnya mengajarkan anak stimuli apa yang

diperkirakan akan menimbulkan nyeri dan respons perilaku apa yang diterima.

## f. Penilaian Respons Intensitas Nyeri

### 1. *Numeric Rating Scale (NRS)*

*Numeric Rating Scale (NRS)* merupakan skala pengukuran nyeri yang paling mudah untuk dipahami oleh pasien. Cara menggunakan skala pengukuran ini adalah dengan memberikan tanda pada salah satu skala yang sesuai dengan skala nyeri yang dirasakan pasien. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.



Gambar 2. 1 *Numerical Rating Scale (NRS)*

(Sumber: Pinzon, 2016)

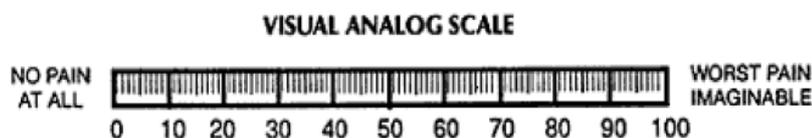
Keterangan:

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan
- 4-6 : Nyeri sedang
- 7-10 : Nyeri berat

### 2. *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale*) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. *Visual Analogue Scale* adalah skala kontinyu horisontal atau vertikal yang pada umumnya memiliki panjang 10 cm (100 mm) dengan dua kubu ekstrim, yaitu 0 “tanpa nyeri” dan 100 mm “nyeri paling hebat yang bisa dibayangkan”. Nilai VAS diisi sendiri oleh pasien. Pemeriksa meminta pasien untuk menunjuk

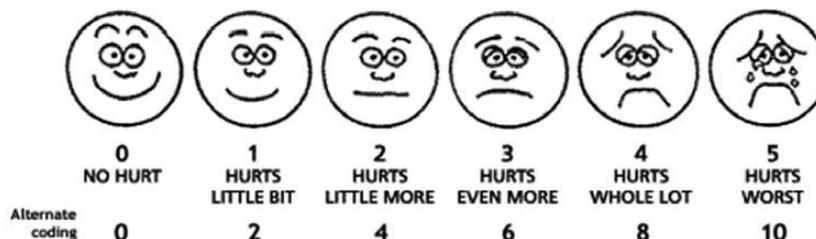
satu titik di garis antara titik 0 dan 100. Pemeriksa mengukur jarak dari titik yang ditunjuk oleh pasien dari titik nol.



Gambar 2.2 *Visual Analog Scale* (VAS)  
(Sumber: Pinzon, 2016)

### 3. Skala Wajah

Pada populasi anak-anak dapat digunakan skala wajah bayang berisi 6 wajah. Urutan wajah tersebut menggambarkan angka 0 “tidak sakit (wajah senang)” sampai dengan angka 5 “sakit hebat yang dapat dibayangkan (wajah menangis)”. Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10.



Gambar 2 3 Skala Wajah  
(Sumber: Pinzon, 2016)

### g. Strategi Penatalaksanaan Nyeri

#### 1) Terapi farmakologis

Analgesik adalah obat yang dapat meredakan nyeri. Analgesik pada umumnya meredakan nyeri dengan mengubah kadar natrium dan kalium tubuh, sehingga memperlambat atau memutus transmisi nyeri (Rosdahl & Kowalski, 2017). Tiga kelas analgesik yang umumnya digunakan untuk meredakan nyeri yaitu:

- Obat anti-inflamasi nonsteroid (*nonsteroid anti-inflammatory drugs, NSAID*) nonopioid: Contoh NSAID antara lain aspirin, ibuprofen (Motrin), dan naproksen (Naprosyn, Aleve). Obat-obatan ini biasanya diberikan kepada klien yang mengalami nyeri ringan sampai sedang.
- Analgesik opioid/narkotik: Contoh yang paling sering digunakan adalah morfin (dan turunannya). Opioid biasanya digunakan untuk mengatasi nyeri pada klien yang mengalami nyeri sedang sampai berat.
- Obat pelengkap (adjuvan): biasanya digunakan untuk tujuan lain tetapi dapat juga membantu meningkatkan alam perasaan klien, dengan demikian membantu relaksasi otot. Ketika otot relaks, nyeri membaik dan produksi endorfin sering kali meningkat.

## 2) Terapi non farmakologis

Terapi non farmakologis merupakan terapi untuk mengurangi rasa nyeri selain dengan obat. Intervensi nonfarmakologis dapat digunakan sendiri atau dikombinasikan dengan tindakan farmakologis. Namun, pada kasus nyeri akut sedang hingga berat, terapi nonfarmakologis tidak boleh digunakan sebagai pengganti terapi farmakologis (Potter & Perry, 2017). Sejumlah intervensi nonfarmakologis tersedia untuk mengurangi rasa sakit. Intervensi ini merupakan tindakan non-invasif, berisiko rendah, hemat, mudah dilakukan dan diajarkan, serta berada dalam lingkup praktik keperawatan.

### a) Relaksasi dan *guided imagery*

Relaksasi dan imajinasi terbimbing memungkinkan pasien mengubah persepsi nyeri afektif, motivasi dan kognitif. Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan atau stres yang memberikan rasa pengendalian diri. Perubahan

fisiologis dan perilaku yang berhubungan dengan relaksasi meliputi penurunan denyut nadi, tekanan darah, dan pernapasan, peningkatan kesadaran, rasa damai dan penurunan ketegangan otot dan laju metabolisme.

b) Distraksi

Distraksi mengarahkan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri sehingga mengurangi kesadaran akan nyeri tersebut. Sistem pengaktifan retikuler menghambat rangsangan nyeri jika seseorang menerima masukan sensorik yang cukup atau lebih. Dengan rangsangan sensorik yang cukup, seseorang mengabaikan atau menjadi tidak sadar akan rasa sakit. Distraksi bekerja paling baik untuk nyeri yang singkat dan hebat yang berlangsung beberapa menit, seperti selama prosedur invasif atau saat menunggu analgesik bekerja. Gunakan aktivitas yang disukai pasien sebagai pengalih perhatian (misalnya bernyanyi, berdoa, mendengarkan musik, atau bermain game).

c) Terapi musik

Terapi musik mungkin berguna dalam mengobati nyeri akut atau kronis, stres, kecemasan, kelelahan, dan depresi. Terapi musik mengalihkan perhatian seseorang dari rasa sakit dan menciptakan respons relaksasi. Secara khusus, terapi musik dapat menghasilkan perubahan fisiologis, termasuk peningkatan pernapasan, penurunan tekanan darah, peningkatan curah jantung, penurunan detak jantung, dan penurunan ketegangan otot. Musik menciptakan perubahan positif dalam suasana hati dan keadaan emosi serta memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam mengontrol nyeri. Hal ini dapat digunakan dengan relaksasi untuk membantu pasien memberikan gambaran visual yang

positif. Pasien dapat menggunakan *earphone* untuk meningkatkan konsentrasi mereka pada musik. Hal ini memungkinkan mereka untuk mengatur volume tanpa mengganggu pasien atau staf lain. Bukti menunjukkan bahwa musik berkontribusi terhadap pereda nyeri pasien rawat inap dan dapat menurunkan penggunaan analgesik pada beberapa pasien pasca operasi.

d) Terapi stimulasi kulit

Stimulasi kulit melalui pijatan, mandi air hangat, kompres dingin, atau stimulasi saraf listrik transkutan (TENS) dapat mengurangi persepsi nyeri. Terapi stimulasi kulit dapat menyebabkan pelepasan endorfin, sehingga menghalangi transmisi rangsangan yang menyakitkan. Teori kontrol gerbang menyatakan bahwa stimulasi kulit mengaktifkan serabut saraf sensorik A-beta yang lebih besar dan transmisinya lebih cepat. Hal ini menutup gerbang, sehingga mengurangi transmisi nyeri melalui serabut C berdiameter kecil. Jika terapi ini digunakan dengan benar dapat mengurangi ketegangan otot, sehingga mampu mengurangi rasa sakit. Saat menggunakan stimulasi kulit, hindari sumber kebisingan lingkungan, bantu pasien untuk mengambil posisi yang nyaman, dan jelaskan tujuan terapi. Salah satu terapi stimulasi kulit yaitu berupa pijat atau sentuhan yang dapat menghasilkan relaksasi fisik dan mental, mengurangi rasa sakit, dan meningkatkan efektivitas obat pereda nyeri. Memijat punggung, bahu, tangan, dan/atau kaki selama 3 hingga 5 menit akan melemaskan otot dan meningkatkan kualitas tidur dan kenyamanan.

e) Terapi murottal

Terapi murottal adalah salah satu terapi pendukung pada Standar Intetvensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan

masalah nyeri akut. Terapi ini menggunakan media Al-Quran (baik dengan mendengarkan atau membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis (SIKI, 2018).

f) Relaksasi genggam jari

Teknik relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit di setiap jari dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Fridalni dan Yanti, 2022).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges *et al.*, 2001 dalam Achmad Ulul Azmi, 2022). Pengkajian pada pasien perioperatif *sectio caesarea* perlu dilakukan

terutama untuk pengkajian fokus yang bermasalah pada pasien baik untuk pemeriksaan fisik, tanda-tanda hemodinamik seperti tekanan darah, nadi, suhu, frekuensi pernafasan dan DJJ janin yang dikandung pasien (Sitinjak, 2022).

a. Identitas klien

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan utama.

Keluhan yang paling sering dirasakan saat dilakukan pengkajian awal, klien akan merasakan nyeri pada abdomen secara terus menerus, tegang dan kaku, mual, muntah, dan demam.

c. Riwayat kesehatan

1. Riwayat penyakit sekarang :

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST :

P : paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q : Kualitas/Kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R : Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S : Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T : Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

2. Riwayat kesehatan dahulu :

Dilakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu, riwayat kehamilannya saat ini, dan riwayat keluarga berencana.

3. Riwayat kesehatan keluarga : .

Apakah dalam anggota keluarga tersebut ada yang mengalami penyakit sama dengan klien.

d. Pola Keseharian.

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

e. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti Glasgow Coma Scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- 1) Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher. Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- 2) Dada: pemeriksaan pada mammae, areola.
- 3) Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- 4) Genitalia dan perineum: pemeriksaan dalam seperti vaginal toucher (VT), status portio, warna air ketuban.
- 5) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tandatanda edema, varises, dan sebagainya.
- 6) Data penunjang: Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjuang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan adalah hasilakhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat

terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Dari studi kasus di atas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

a) Nyeri akut (D.0077).

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) 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.

Penyebabnya yaitu agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen , amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia). Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma.

b) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebabnya adalah kerusakan integritas kulit, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan

sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi.

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu dari nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

c) Risiko perdarahan (D.0012).

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risiko perdarahan merupakan berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalamtubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Penyebabnya yaitu aneurisma, gangguan gastrointestinal (mis. Ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis), komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abrupsi, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum(mis. Atonia uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia), efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, dan proses keganasan.

Kondisi klinis yang terkait adalah aneurisma, koagulasi intravaskuler diseminata, sirosis hepatis, ulkus lambung, varises, trombositopenia, ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abrupsi, atonia uterus, retensi plasenta, tindakan pembedahan, kanker, dan trauma.

### 3. Perencanaan Keperawatan

#### a. Nyeri Akut (D.0077).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238) dan intervensi pendukung.

#### 1) Manajemen Nyeri (I.08238)

- Observasi: (a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, (b) Identifikasi skala nyeri, (c) Identifikasi respons nyeri non verbal, (d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, (e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, (f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgesik.
- Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

2) Terapi Murottal (I.08249)

- 1) Observasi: (a) Identifikasi aspek yang akan diubah atau dipertahankan (mis. Sikap, fisiologis, psikologis), (b) Identifikasi aspek yang akan difokuskan dalam terapi (mis., Stimulasi, relaksasi, konsentrasi, pengurangan nyeri), (c) Identifikasi jenis terapi yang digunakan berdasarkan keadaan dan kemampuan pasien (mendengarkan atau membaca Al-Quran), (d) Identifikasi media yang dipergunakan (mis. Speaker, earphone, handphone), (e) Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai kondisi pasien, (f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor perubahan yang difokuskan.
- 2) Terapeutik: (a) Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman, (b) batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (mis. Lampu, suara, pengunjug, panggilan telepon), (c) Yakinkan volume yang digunakan sesuai dengan keinginan pasien, (d) Putar rekaman yang telah ditetapkan, (e) Dampingi selama membaca Al-Quran, jika perlu.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tujuan dan manfaat terapi, (b) Anjurkan memusatkan perhatian/pikiran pada lantunan ayat Al-Quran.

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan gangguan mobilitas fisik yaitu mobilitas fisik (L.05042), diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, cemas menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, dan kelemahan fisik menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi (I.05173).

- 1) Observasi : (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
  - 2) Terapeutik : (a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) (b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu (c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
  - 3) Edukasi : (a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- c. Risiko perdarahan (D.0012).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan risiko perdarahan yaitu tingkat perdarahan (L.02017) diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil membran mukosa lembap meningkat, kelembapan kulit meningkat, kognitif meningkat, hemoptysis menurun, hematemesis menurun, hematuria menurun, perdarahan anus menurun, distensi abdomen menurun, perdarahan vagina menurun, perdarahan pasca operasi menurun, hemoglobin membaik, hematocrit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, dan suhu tubuh membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi risiko perdarahan yaitu pencegahan perdarahan (I.02067).

- 1) Observasi : (a) Monitor tanda dan gejala perdarahan (b) Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah (c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik (d) Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), partial Thromboplastin time (PT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

- 2) Terapeutik : (a) Pertahankan bed rest selama perdarahan (b) Batasi tindakan invasive, jika perlu (c) Gunakan kasur pencegahan decubitus (d) Hindari pengukuran suhu rektal
- 3) Edukasi : (a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan (b) Menggunakan kaus kaki saat ambulasi (c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi (d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan (e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K (f) anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
- 4) Kolaborasi : (a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu (c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibilitas, sebelum dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga. Tahap ke-2 berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan dan tahap ke-3 yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan. Implementasi pada pasien post operasi *sectio caesarea* dalam penatalaksanaan nyeri yaitu dengan farmakologis (kolaborasi pemberian obat analgetik) selain itu juga dilakukan terapi non farmakologis (relaksasi genggam jari dan mendengarkan terapi muruttal Al-Quran Surah Maryam) sebagai terapi

pendamping membantu pasien dalam mengurangi nyeri selama masa perawatan. Menurut teori Orem (2001) dalam Rofli (2021) mengatakan bahwa diperlukan perawatan diri (*self care*) dalam melakukan implementasi secara mandiri, karena perawatan diri (*self-care*) merupakan pelaksanaan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi dirinya.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap terakhir di proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berlangsung dan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berakhir. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat di modifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan. (Mauliydia, 2022).

## **C. Konsep Intervensi Sesuai EBP**

### **1. Konsep Relaksasi Genggam Jari**

#### **a. Pengertian Relaksasi Genggam Jari**

Teknik relaksasi genggam jari merupakan tindakan non farmakologi yang dapat digunakan oleh siapa saja. Teknik ini merupakan teknik yang sederhana dengan menggunakan jari dan aliran energi di dalamnya untuk mengurangi nyeri tersebut. Tangan (jari dan telapak tangan) merupakan alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang.

Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Rosiska, 2021 dalam Lestari, 2022).

Menggenggam jari dapat membuka aliran energi yang terkunci yang disebut *safety energy locks* sehingga aliran menjadi lancar. Diperjelas bahwa rangsangan yang diberikan pada setiap gerakan akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar, maka tidak akan ada nyeri atau nyeri menurun (Anggi *et al.*, 2020).

#### **b. Manfaat Relaksasi Genggam Jari**

Secara fisiologis teknik relaksasi genggam jari mampu mengurangi sensasi nyeri. Teknik relaksasi genggam jari bukan merupakan pengganti dari obat-obatan analgesik yang telah diresepkan oleh dokter. Akan tetapi, relaksasi genggam jari ini berguna untuk mempersingkat waktu atau episode nyeri yang berlangsung dalam beberapa menit.

Genggam jari dapat menghangatkan titik keluar dan masuknya energi yang ada pada tangan kita. Titik-titik pada tangan akan memberikan refleks spontan pada saat jari-jari digenggam, lalu rangsangan tersebut mengalirkan energi ke otak. Rangsangan itu mengalirkan semacam gelombang kejut dan listrik menuju otak dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju syaraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar dan nyeri berkurang (Hasaini, 2020).

Selain itu, perasaan rileks juga secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik

alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi genggam jari ini merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan untuk membantu mengurangi nyeri spontan pada perut.

Menurut Astutik & Kurlinawati (2017) teknik genggam jari mempunyai beberapa manfaat, sebagai berikut :

- Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman
- Memperbaiki aspek emosi
- Menurunkan kecemasan dan depresi
- Menurunkan nyeri

### c. Mekanisme Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Masase dapat dilakukan dengan cara menekan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamentum tanpa merubah posisi sendi untuk meredakan nyeri. Tindakan ini dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsangan nyeri pada sistem saraf pusat. Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 3-5 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustrasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan penafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Ketika

melakukan genggaman pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stress

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf *afere non nosiseptor*. Saat menggenggam jari impuls yang dikirim melalui serabut saraf *afere non nosiseptor* dimana serabut *saraf non nosiseptor* akan mengakibatkan tertutupnya pintu gerbang di thalamus sehingga stimulus yang menuju korteks serebri terhambat sehingga intensitas nyeri dapat berkurang (Utaminingsih *et al.* 2023). Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggaman, diproses menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphen untuk mengurangi nyeri (Neila, 2017 dalam Lestari, 2022). Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati.

#### **d. Persiapan dan Prosedur Pelaksanaan Relaksasi Genggam Jari**

Teknik relaksasi genggam jari diberikan 7-8 jam setelah pemberian analgesik (Maylanda & Netti, 2023). Hal ini dilakukan agar hasil penurunan nyeri post operasi yang dirasakan merupakan reaksi dari terapi relaksasi genggam jari yang dilakukan bukan karena efek obat ketorolac (Haura & Rochmawati, 2023).

Langkah-langkah melakukan teknik relaksasi genggam jari:

- Meminta persetujuan pasien
- Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- Siapkan lingkungan yang tenang
- Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari

- Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai dan berikan privasi pasien
- Kaji skala nyeri pasien dan dokumentasikan hasil
- Pasien dalam posisi berbaring atau posisi senyaman mungkin
- Menjelaskan tindakan dan tujuan dilakukan teknik relaksasi genggam jari
- Minta pasien untuk tutup mata, fokus, dan menarik nafas dalam dan perlahan dengan mulut secara teratur untuk membuat rileks semua otot
- Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi
- Lakukan satu persatu pada jari tangan selama kurang lebih 3-5 menit
- Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama
- Setelah selesai menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien
- Dokumentasikan respon pasien



Gambar 2.4 Teknik Relaksasi Genggam Jari  
(Sumber: Henderson, 2007 dalam Sri, 2017)

## 2. Konsep Terapi Murottal Al-Quran

### a. Definisi

Terapi Murattal adalah terapi yang menggunakan media Al-Quran (baik dengan mendengarkan atau membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh baik secara

fisiologis maupun psikologis (SIKI, 2018). Al-Qur'an merupakan sumber ejaan islam pertama dan utama menurut keyakinan umat islam dan diakui kebenarannya oleh penelitian ilmiah yang didalamnya terdapat firman-firman (wahyu) Allah, yang disampaikan oleh malaikat Jibril kepada Nabi Muhammad secara berangsur-angsur yang bertujuan menjadi petunjuk bagi umat silam dalam hidup dan kehidupannya guna mendapatkan kesejahteraan di dunia dan akhirat (Ajhari, 2018).

Secara istilah Al-Murottal diartikan sebagai bacaan yang tenang, munculnya huruf dari makhroj yang sesuai disertai dengan arti yang menenangkan. Jadi al-Murottal merupakan pelestarian al-Qur'an dengan cara merekam suara dengan menggunakan alat perekam dan memperhatikan hukum bacaannya dan waqaf yang muncul (tanda berhenti).

#### **b. Manfaat Terapi Murottal**

Manfaat terapi Murottal Al-Qur'an menurut Rusmanto (2022) adalah sebagai berikut:

- 1) Mengurangi tingkat nyeri
- 2) Menurunkan kecemasan
- 3) Menurunkan perilaku kekerasan
- 4) Meningkatkan kualitas hidup

#### **c. Mekanisme Murottal Al-Quran Sebagai Terapi**

Harmoniasi lantunan Al-Quran yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan ditelinga dalam, serta menggetarkan sel-sel rambut dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri yang akan memberi dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini diakibatkan karena musik dapat menjangkau wilayah kiri korteks cerebri.

Setelah korteks limbik, pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagai fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional lainnya. Jalur pendengaran kemudian diteruskan ke *fasciculus reticularis* sebagai penyalur impuls menuju serabut otonom. Serabut tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ tubuh berupa hormon endorfin. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa sehingga timbul ketenangan. Mendengarkan terapi murrotal secara fisik mengandung suara manusia elemen yang dapat merangsang tubuh untuk mengurangi hormon stres, aktifkan endorfin secara alami, meningkatkan perasaan relaksasi, mengalihkan perhatian dari rasa takut, kecemasan dan ketegangan, meningkatkan metabolisme sehingga dapat menurunkan tekanan darah dan memperlambat pernapasan, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak yang mampu mengurangi nyeri (Amal *et al.*, 2020). Walaupun demikian membaca Al-Quran tanpa mengetahui maknanya juga tetap bermanfaat apabila pembacanya dengan keiklasan dan kerendahan hati. Sebab Al-Quran akan memberikan kesan positif pada hipokampus dan amigdala sehingga akan menimbulkan suasana hati yang positif.

**d. Waktu yang Diperlukan Untuk Mendengarkan Murrotal Al-Quran**

Menurut Potter & Perry (2015) dalam Putri (2021) terapi berupa musik atau suara harus didengarkan minimal 10-15 menit untuk memberikan efek terapeutik, sedangkan menurut Afni (2021) durasi pemberian terapi musik atau suara selama 10-15 menit dapat memberikan efek relaksasi. Intensitas suara yang rendah antara 50-60 desibel menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri serta membawa

pengaruh positif bagi pendengarnya. Terapi bacaan Al-Qur'an terbukti mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang ditangkap tubuh.

Keinginan dan harapan terbesar seorang ibu yang akan melahirkan adalah persalinan berjalan lancar, dirinya dan bayi sehat. Dengan terapi murottal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti Al-Qur'an atau tidak. Ini yang optimal dan dapat menyingkirkan stres dan menurunkan kecemasan.

**e. Al-Quran Surah Maryam**

Surah Maryam adalah Surah ke 19 dalam al-Qur'an yang berjumlah 98 ayat, dan termasuk dalam golongan surah Makkiyah karena hampir seluruh ayatnya diturunkan sebelum Nabi Muhammad SAW hijrah. Surah ini dinamakan Surah Maryam karena sebagian besar isinya bercerita tentang Maryam dan keluarganya Bani Israil. Pada ayat ke 16-21, diceritakan bahwa Maryam adalah seorang wanita yang selalu menjaga kehormatannya, sehingga ia selalu berusaha untuk menjauhkan diri dari laki-laki dan dari kerumunan Bani Israil, karena pribadinya yang mulia tersebut, Allah SWT. mengutus malaikat Jibril untuk menyapaikan kepadanya bahwa ia dipilih menjadi ibu dari Nabi Isa a.s walaupun dia tidak pernah di sentuh oleh laki-laki (Rahman: 2020, 257). Pada surah ini akan dirasakan sentuhan rahmat yang membasahi hati dan detakannya yang halus pada kalimat-kalimatnya, ungkapan-ungkapannya, dan naungan ayat-ayat-Nya. Selain itu, akan dirasakan bahwa surah ini memiliki nuansa musical (syair/puisi) khusus. Sehingga bunyi lafal-lafal dan *fashilah* ayat-Nya pun memiliki keindahan dan penuh pernghayatan tersendiri (Sayyid, 2013). Seseorang wanita yang sedang mengandung dianjurkan untuk membacakan surah ini. Selain membacanya, dianjurkan pula memahami makna dari surah tersebut.

Memahami isi dari surah ini maka akan membangun rasa percaya diri menghadapi kehamilan yang tidak selalu berjalan lancar.

Pada ayat 22-46 pada proses kehamilan Maryam sampai melahirkan dan hikmahnya dicerikan bahwa Maryam mengandung, hingga pada saat akan melahirkan dia pergi ke satu tempat, kemudian setelah melahirkan, dia kembali dan menunjukkan bayi kepada kaumnya, tetapi kaumnya malah menghina dan menuduh bahwa Maryam telah berbuat hal yang buruk. Atas izin Allah SWT., bayi tersebut dapat berbicara dan menunjukkan bahwa Maryam tidak melakukan hal buruk seperti yang mereka tuduhkan cerita Maryam yang menjadi salah satu alasan dipilihnya surah Maryam menjadi salah satu surah yang dibaca saat ibu hamil. Membaca surah ini, orang tua sang bayi mengharapkan jika nanti puterinya dapat menjadi seperti Maryam yang bisa menjaga kehormatannya dan mempunyai keimanan yang kuat (Maulida *et al.*, 2021). Selain itu, Sayyid (2013) menjelaskan didalam buku *Tafsir Fi Zhiatil Qur'an* pada ayat 31-46 memperingatkan orang-orang kafir yang menyimpang dari keimanan dan mengingatkan dengan peristiwa hari besar yang akan disaksikan seluruh manusia, serta azab yang Allah sediakan kepada orang-orang kafir yang melakukan penyimpangan.

#### **b. Alur Pelaksanaan Terapi Murottal Al-Quran**

Penelitian yang dilakukan oleh Cooke, Chabo yer dan Hiratos dalam Handayani (2014), mendapatkan hasil bahwa terapi murottal Al-Qur'an diperdengarkan menggunakan tape *recorder*, pita kaset bacaan Al-Qur'an atau *ear phone*, diperdengarkan selama 15 menit memberikan dampak psikologis kearah positif berupa ketenangan jiwa. Menurut Yuliani *et al.* (2018) disebutkan bahwa mendengarkan terapi murottal selama 10-15 menit dapat memberikan efek terapeutik. Alur pelaksanaa terapi murottal pada penelitian Huda (2018) mengadopsi SOP Terapi musik Potter dan Perry (2006). Murottal Al-

Qur'an sebagai bagian dari terapi musik dapat menggunakan langkah-langkah sebagai berikut :

- Pilih ayat Al-Qur'an yang akan diperdengarkan. Penelitian ini menggunakan ayat Al-Qur'an yaitu *Al-Fatihah, Ar-Rahman, Al-Ikhlash, Al-Falaq, dan An-Naas*, dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait yang dapat menciptakan ketenangan.
- Gunakan *earphone* supaya tidak mengganggu pasien atau staf yang lain dan membantu pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an.
- Pastikan tombol-tombol *mp3 player* mudah ditekan.
- Minta pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an dan mengikuti irama yang dilantunkan qori'.
- Instruksikan pasien untuk tidak menganalisa murottal Al-Qur'an: "Nikmati murottal Al-Qur'an kemana pun alunannya membawa anda".
- Murottal Al-Qur'an harus didengarkan minimal 15 menit supaya dapat memberikan efek terapeutik.

#### D. Jurnal Terkait

Tabel 2.3 Jurnal Terkait

No.	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1	Eni Purwati, Machmudah, Nikmatul Khayati	2019	Terapi Murottal Al-Qur'an menurunkan Intensitas Nyeri Post <i>Sectio Caesarea</i> di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang	Hasil penelitian menunjukkan intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang sebelum terapi murottal Al-Qur'an rata-rata adalah 6,60 (nyeri sedang). Intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang sesudah terapi murottal Al Qur'an rata-rata adalah 3,27 (nyeri ringan).

2.	A. Adriana Amal, Hasnah, Nur Rezki Hadiyanti Z	2020	Murottal Therapy and Finger Handheld Relaxation on Adolescent With Dysminorrhea	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi murottal dan relaksasi genggam jari efektif terhadap dismenore pada remaja sehingga kedua intervensi tersebut dapat digunakan untuk mengatasi dismenore pada remaja putri.
3.	Desi Aulia Umami, Diah Tepi Rahmawati, Indra Iswari, Ice Rakizah Syafrie	2021	Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Skala Nyeri Post Operasi <i>Sectio Caesaria</i> di Ruang Kebidanan di RS Ummi Kota Bengkulu	Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden memiliki mengalami kecemasan sedang-berat, sebagian dari responden mengalami nyeri post <i>sectio caesaria</i> sedang dan menunjukkan adanya hubungan tingkat kecemasan dengan skala nyeri post operasi <i>sectio caesaria</i>
4.	Danar Puspitowati, Eka Widiastuti, Faiq Aji Kurniawan, Tin Utami	2022	Analisis Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Ny. W Post <i>Sectio Caesarea</i> dengan Relaksasi Genggam Jari di Ruang Gayatri RS Wijayakusuma Purwokerto	Hasil penelitian menunjukkan tindakan keperawatan relaksasi genggam jari yang dilakukan pada pasien menunjukkan adanya peningkatan rasa nyaman pasien sehingga mengurangi nyeri pasien ditandai dengan frekuensi nafas normal (20 x/menit), TD 110/70 mmHg; N 80 x/menit, pasien terlihat lebih rileks dan skala nyeri menjadi 3.
5.	Siti Rochma, Rizka Yunita, Titik Suhartini	2023	Pengaruh Terapi <i>Guided Imagery</i> dan Terapi Murottal Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi <i>Sectio Caesaria</i>	Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi <i>guided imagery</i> dan terapi murottal rata-rata skala nyeri pasien yaitu 4,55. Setelah dilakukan terapi <i>guided imagery</i> dan terapi murottal rata-rata skala nyeri pasien turun menjadi 2,37. Terdapat pengaruh terapi <i>guided imagery</i> dan terapi murottal terhadap penurunan nyeri pada

				pasien post operasi <i>sectio caesaria</i> .
6.	Yohana Maylanda, Netti	2023	Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Ileus Obstruksi untuk Menurunkan Intensitas Nyeri Post Laparoscopi	Hasil penelitian menunjukkan terdapat penurunan intensitas nyeri yaitu sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 7 dan sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu 3.