

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Menurut Kumar dan Elavarasi (2016), nyeri merupakan sebagai suatu keadaan dimana pengalaman individu dan melaporkan ketidaknyamanan atau sensasi yang tidak nyaman sehingga rasa nyeri dapat dilaporkan secara verbal atau dikodekan oleh deskriptor. Nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018).

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2020). Menurut Handayani (2020) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu.

Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Kozier & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

2. Sifat Nyeri

Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup aspek fisik, emosional, dan kognitif. Nyeri bersifat subjektif dan personal. Stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan mental yang terjadi secara alami. Hanya klien yang mengetahui kapan nyeri tersebut timbul dan bagaimana perasaan klien ketika nyeri terjadi (Potter & Perry, 2010).

3. Patofisiologis Nyeri

Menurut Kozier & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri terbagi menjadi 3 bagian :

- a. Mekanisme neurofisiologi nyeri, sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berdeda satu sama lain.
- b. Transmisi nyeri, reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fasia, tendon, dan kornea juga merupakan reseptor nyeri yang mempunyai potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.
- c. Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden, kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensori asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensori asenden.

4. Respons Perilaku

Apabila nyeri dibiarkan tanpa penanganan atau tidak berkurangnya intensitasnya, hal tersebut akan mengubah kuliatis hidup seseorang secara signifikan. Nyeri dapat mengggangu setiap aspek dari kehidupan seseorang, nyeri juga dapat mengancam kesejahteraan seseorang, baik secara fisik maupin fisiologis (Potter & Perry, 2010).

5. Klasifikasi nyeri

Menurut Kozier, et all. (2021) nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama

periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronik. Nyeri dapat dikategorikan sesuai dengan asalnya sebagai nyeri kutaneus, somatic profunda, atau visectio caesareaeral. Nyeri dapat digambarkan sesuai dengan tempat dirasakannya nyeri tersebut yaitu nyeri menjalar, nyeri tak tertahankan, nyeri bayangann, dan nyeri neuropatik.

- a. Nyeri akut, nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018). Nyeri pada pasien fraktur termasuk dalam kategori nyeri akut.
- b. Nyeri kronis, nyeri Kronis berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh. Sifat dari nyeri kronis adalah konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu dengan intensitas yang bervariasi. Dalam pemeriksaan tanda vital sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Respon psikologi yang sering dialami oleh pasien dengan nyeri kronis adalah seperti rasa keputusasaan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik. Contoh dari nyeri kronis adalah nyeri kanker, artritis dan neuralgia trigeminal.
- c. Nyeri kutaneus : berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kerta yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah contoh dari nyeri kutaneus.
- d. Nyeri somatik profunda : berasal dari ligament, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri ini menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan kutaneus.
- e. Nyeri visectio caesareaeral : berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Nyeri visectio caesareaeral cenderung menyebar dan seringkali terasa seperti rasa terbakar, nyeri tumpul, atau merasa tertekan. Nyeri visectio caesareaeral seringkali

disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia, atau spasme otot.

- f. Nyeri menjalar, adalah nyeri yang dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan
- g. Nyeri tak tertahankan, adalah nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satunya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut.
- h. Nyeri neuropatik, adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu.
- i. Nyeri bayangan, adalah sensasi nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang (mis, kaki yang telah diamputasi).

6. Pengkajian nyeri

Pengkajian karakteristik nyeri membantu dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan adalah metode pengkajian karakteristik nyeri dengan PQRST menurut (Potter & Perry, 2010)

a. Faktor pencetus (P: *provocate*)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada pasien, dapat juga melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

b. Kualitas (Q : *Quality*)

Merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat : tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, perih, tertusuk, dan lain-lain.

c. Lokasi nyeri (R : *Regio*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan daerah yang lebih spesifik, perawat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri.

Dalam mendokumentasikan hasil pengkajian tentang lokasi nyeri, hendaknya menggunakan bahasa anatomi atau istilah deskriptif.

b. Keparahan (S : *Severe*)

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang, atau parah. Alat *VDS (Verbal Descriptive caesareanriptor Scale)* memungkinkan untuk memilih sebuah kategori mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian *numeric (Numeric rating scale, NRS)* digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

c. Durasi (T : *Time*)

Lebih mudah untuk mendiagnosa sifat nyeri dengan mengidentifikasi faktor waktu. Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri tersebut muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

7. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor –faktor yang mempengaruhi nyeri menurut handayani (2020) :

- a. Usia, usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.
- b. Jenis kelamin, berdasarkan penelitian tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa budaya beranggapan bahwa laki-laki lebih berani dan dapat menahan rasa nyeri dibandingkan perempuan.
- c. Lingkungan, lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien.
- d. Keadaan umum, kondisi Fisik yang menurun, pasien dalam keadaan lemah dan kurang asupan nutrisi akan dapat meningkatkan intensitas nyeri begitu juga dengan haus / dehidrasi.
- e. Lokalisasi dan tingkat keparahan nyeri, nyeri biasanya dapat

dirasakan dalam lokasi tertentu ada yang berupa nyeri ringan, sedang dan nyeri berat.

- f. Ansietas, berdasarkan penelitian hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks, kecemasan yang dilakukan oleh seseorang sering kali meningkatkan persepsi nyeri.

8. Penilaian respons intensitas nyeri

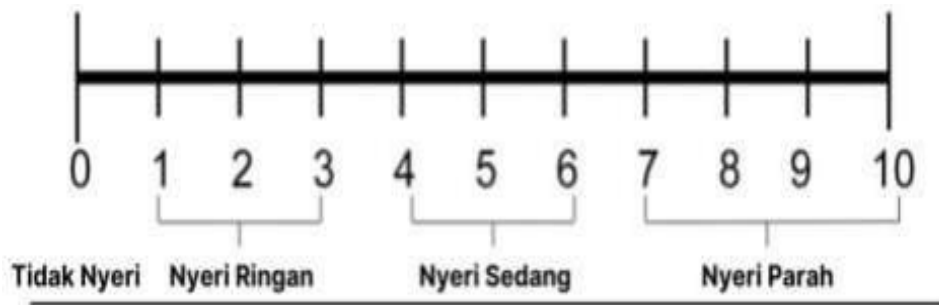
Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu skala numerik, skala deskriptif, dan skala analog visual (Potter & Perry, 2010).

- a. Skala penelitian numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. . Skala numerik merupakan cara penilaian yang paling efektif digunakan saat mengkaji sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Dalam melakukan pengkajian skala nyeri dengan *Numeric Rating Scale* setelah diberikan penjelasan terkait maksud dan tujuan dilakukan pemeriksaan pasien akan diberikan pilihan skala nyeri dari 0-10 dan diminta untuk memilih sesuai skala nyeri yang dirasakan.

Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) merupakan nyeri yang masih bisa ditahan, skala nyeri 4- 6 (Nyeri sedang) merupakan nyeri yang dapat mengganggu aktifitas fisik. Hal ini akan mempengaruhi waktu pemulihan pasien post sectio caesarea dan menghambat mobilisasi dini. Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) merupakan nyeri yang mengakibatkan seseorang tidak dapat beraktifitas secara mandiri. Oleh karena itu, diperlukan terapi farmakologi untuk mengatasi nyeri tersebut.

Gambar 2.1 Skala Nyeri Numerik



Keterangan :

0 : Tidak Nyeri

1-3 : Nyeri Ringan (masih bisa ditahan, aktivitas tak terganggu)

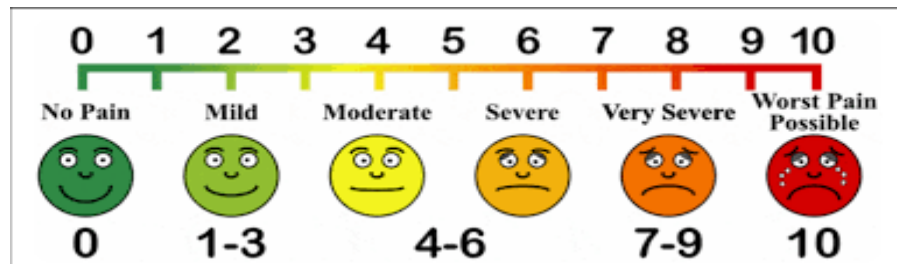
4-6 : Nyeri Sedang (Mengganggu aktivitas)

7-10 : Nyeri Berat (Tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri)
(Potter & Perry, 2010).

b. Skala Analog Visual

Skala Analog Visual (Visual Analog Scale, VAS) adalah suatu garis lurus/horizontil sepanjang 10 cm, yang mewakili skala nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya, yang dimana ujung kiri biasanya menandakan "tanpa rasa sakit", garis horizontal di mana kursor digerakkan, dan ujung kanan biasanya menandakan "nyeri maksimal". Skala ini mengharuskan klien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala 0 (tidak nyeri), skala 1-3 (nyeri ringan), skala 4-6 (nyeri sedang-nyeri berat), skala 7-10 (nyeri sangat berat-nyeri terhebat yang dapat dialami). Pada penelitian ini menggunakan skala ukur *Visual Analoga Scale (VAS)* (Jacksonville, 2017).

Gambar 2.2 Visual Analog Sectio Scale



9. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non-farmakologi dan farmakologi.

a. Penatalaksanaan farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/ pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Helmi, 2020). Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik menurut Helmi (2020) yaitu :

- 1) Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID) kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur kebidanan minor dan episiotomy.
- 2) Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.
- 3) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesik.

b. Penatalaksanaan non-farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi menurut Nur'aeni (2021),

merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obatobatan Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi. Penatalaksanaan non-farmakologi menurut Tamsuri (2021) terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1) Teknik distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Jenis Teknik Distraksi Menurut Tamsuri (2021) teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) Distraksi visual dan audio visual cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukaiseperti menonton animasi animasi.

- b) Distraksi pendengaran seperti mendengarkan musik, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemercik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.
- c) Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung.
- d) Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e) Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur- angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

2) Teknik relaksasi

Menurut Tamsuri (2021) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk intervensi keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsurangsur, hal tersebut dapat

menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat Aristi, 2021).

Tujuan teknik relaksasi menurut Aristi (2021) antara lain :

- a) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
- b) Penurunan konsumsi oksigen.
- c) Penurunan ketegangan otot.
- d) Penurunan kecepatan metabolisme.
- e) Peningkatan kesadaran secara umum.
- f) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
- g) Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
- h) Perasaan damai dan sejahtera.
- i) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

Dari banyaknya terapi relaksasi, salah satu yang digunakan untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi fraktur yaitu teknik relaksasi genggam jari. Teknik ini adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Terapi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Ketika tubuh dalam keadaan rileks, maka ketegangan otot berkurang dan kemudian akan mengurangi kecemasan dan nyeri (Yuliasuti, 2015). Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi yang terletak pada jari tangan kita titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleksi/spontan pada saat genggam (Rasyid & Samaran, 2019).

Pemberian terapi relaksasi genggam jari dapat dilakukan selama 15-20 menit. Pemberian terapi dilakukan setelah pasca

operasi yaitu 6-7 jam dan setelah pemberian obat analgesik selama 2-4 jam. . Teknik relaksasi dilakukan minimal 3 kali dalam sehari atau ketika pasien mengeluh nyeri dan dilakukan selama 3 hari berturut-turut (Tamsuri dkk, 2022).

Prosedur relaksasi genggam jari dalam yaitu anjurkan pasien untuk Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 2 - 5 menit, pasien bisa memulai dengan tangan manapun. Tarik nafas dalam-dalam (ketika bernafas, hiruplah dengan rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan). Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepas semua perasaan - perasaan negatif dan masalah - masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita yang berhubungan dengan kerusakan jaringan karena post operasi fraktur) (Cane, 2018). Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan diberikan minimal selama 3 hari. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan nyeri pada semua klien pasca operasi, kecuali pada klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi (Indriani S, 2020 dalam Rahayu, 2022).

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah tindakan mengeluarkan janin melalui pembedahan, secara pasti tindakan ini juga akan menyisakan bekas sayatan pada bagian perut luar ibu. Proses ini juga berpengaruh pada kondisi ibu, dampak dari rasa nyeri luar biasa setelah tindakan ini dilakukan (Morita, K. M., Amelia, R., & Putri, 2020). Pengertian lainnya *sectio caesarea* adalah prosedur pembedahan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim.

Persalinan *sectio caesarea* dilakukan atas dasar indikasi medis ibu dan janin, seperti plasenta previa, presentasi atau posisi janin yang tidak normal, serta indikasi lain yang dapat menimbulkan risiko yang membahayakan nyawa ibu dan janin (Hayati et al., 2023).

2. Jenis-jenis *sectio caesarea*

Sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

a. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang tidak besar, jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawirohardjo, 2017).

b. *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporal*

Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea transperitonealis profunda*. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* klasik ini,

dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawirohardjo, 2017).

c. *Sectio caesarea ekstrapéritoneal*

Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan *musectio caesarea* *ulcus rectus* yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawirohardjo, 2017).

3. Indikasi *sectio caesarea*

Menurut (Nurul, 2020) terdapat 2 indikasi dilakukannya *sectio caesarea*:

a. Preeklamsia dan eklamsia

Preeklamsia ditandai dengan adanya dua dari triasnya yaitu hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah kehamilan 20 minggu. Preeklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan 8 postpartum. Setelah ditegakan diagnosis preeklamsia berat, induksi persalinan dan kelahiran pervagina sudah sejak dulu dianggap merupakan tatalaksana ideal. Penundaan bila janin belum matur merupakan pertimbangan berikutnya. Beberapa kekhawatiran, termasuk serviks yang belum matang, persepsi adanya kedaruratan karena keparahan preeklamsia, dan perlunya dilakukan koordinasi dengan unit intensif neonatus, telah menyebabkan beberapa ahli menganjurkan kelahiran *sectio caesarea*.

b. *Plasenta previa*

Kondisi di mana ari-ari terletak di bawah menutupi jalan lahir atau rongga rahim sehingga bayi tidak bisa keluar saat persalinan

vagina. - Ketuban Pecah Dini Ketuban yang pecah spontan 1 jam atau lebih sebelum dimulainya persalinan diartikan sebagai pecah dini atau pecah sebelum waktunya. Komplikasi bila terjadi ketuban pecah dini (KPD) mengakibatkan malpresentasi, prolapse tali pusat dan infeksi intrauterine bila janin tidak dilahirkan dalam 24 jam.

c. *Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)*,

Disproporsi kepala panggul atau CPD adalah komplikasi kelahiran yang terjadi ketika kepala atau tubuh bayi terlalu besar untuk masuk melalui panggul ibu atau bisa dikatakan panggul ibu terlalu kecil. CPD berisiko menghambat persalinan, sehingga menyulitkan ibu dengan kondisi ini untuk melahirkan secara normal (Hayati et al., 2023).

d. Partus lama,

Persalinan atau partus lama didefinisikan sebagai persalinan abnormal atau sulit. Kelainan pada kala satu seperti fase laten memanjang, kriteria minimum untuk fase laten ke dalam fase aktif adalah kecepatan pembukaan serviks 1,2 cm/jam bagi nullipara dan 1,5 cm/jam untuk ibu multipara. Lama fase laten sebesar 20 jam pada ibu nullipara dan 14 jam pada ibu multipara mencerminkan nilai maksimum secara statistik. Secara spesifik ibu nullipara yang masuk ke fase aktif dengan pembukaan 3-4 cm dapat diharapkan mencapai pembukaan 8 sampai 10 cm dalam 3 sampai 4 jam. Kala Dua Memanjang dimana kala dua persalinan pada nullipara dibatasi 2 jam dan diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional.

e. Riwayat *sectio caesarea*,

Ibu yang memiliki kondisi pernah melakukan *sectio caesarea* pada persalinan yang lalu, maka pada persalinan selanjutnya disarankan dilakukan *sectio caesarea* untuk menghindari robekan jalan lahir. Wanita dengan riwayat operasi caesar klasik dapat

mengalami ruptur uteri lengkap sebelum persalinan dimulai (Sulistiani et al., 2021).

4. Perawatan post *sectio caesarea*

Menurut Bromley, (2023) Terdapat beberapa perawatan dan pemantauan terhadap ibu post *sectio caesarea* atau pada saat masa nifas, yaitu :

a. Tanda vital

Pada masa nifas tanda-tanda vital merupakan upaya tubuh untuk kembali ke keadaan sebelum hamil. Tanda-tanda vital dapat mengingatkan perawat akan adanya perdarahan atau infeksi. Setelah kelahiran normal, tanda-tanda vital biasanya terlihat dipantau setiap 15 menit selama di jam pertama setelah melahirkan, lalu setiap 30 menit selama satu detik jam, sekali pada jam ketiga, dan kemudian setiap 8 jam sampai dikeluarkan atau sampai stabil.

b. Temperatur

Selama 24 jam pertama pasca persalinan, beberapa wanita mengalaminya peningkatan suhu tubuh hingga 100,4°F atau (38°C). Pasca melahirkan merupakan fase menghabiskan tenaga dan dehidrasi yang merupakan penyebab utama peningkatan suhu, Dan dengan peningkatan cairan biasanya mengembalikan suhu ke normal. Peningkatan vaskularisasi payudara juga dapat menyebabkan meningkatkan suhu.

c. Nadi

Denyut jantung 50 hingga 70 detak per menit (bradikardia) umumnya terjadi selama 6 sampai 10 hari pertama pascapersalinan periode. Selama kehamilan, berat badan berat rahim menyebabkan penurunan pada darah vena ke jantung. Setelah melahirkan, terjadi peningkatan intravaskular volume. Peningkatan volume menyebabkan menurunnya detak jantung.

Takikardia paska persalinan dapat terjadi dari komplikasi, persalinan lama, kehilangan darah, suhu elevasi, atau infeksi.

d. Tekanan darah

Nilai tekanan darah pasca melahirkan harus dibandingkan dengan nilai tekanan darah yang diperoleh selama trimester pertama. Penurunan tekanan darah mungkin disebabkan oleh perubahan fisiologis yang berhubungan dengan penurunan tekanan intrapelvis, atau mungkin merupakan indikasi perdarahan uterus. Peningkatan tekanan darah sistolik sebesar 30 mm Hg atau 15 mm Hg pada tekanan darah diastolik, terutama bila dikaitkan dengan sakit kepala atau perubahan penglihatan, mungkin merupakan tanda hipertensi gestasional. Penilaian lebih lanjut diindikasikan. Pada masa nifas, kadar renin dan angiotensin II plasma kembali ke kadar normal pada saat tidak hamil. Perubahan fisiologis ini menghasilkan penurunan resistensi pembuluh darah. Hipotensi ortostatik dapat terjadi ketika pasien berpindah dari posisi terlentang ke posisi duduk. Jika tidak, tekanan darah ibu akan tetap stabil.

d. Respirasi

Laju pernapasan harus tetap dalam batas normal kisaran 12 hingga 20 pernapasan per menit. Namun, pernapasan sedikit meningkat dapat terjadi karena rasa sakit, ketakutan, kegembiraan, tenaga, atau kehilangan banyak darah. Pengkajian keperawatan untuk penyebab peningkatan pernapasan tingkat diindikasikan, bersama dengan intervensi yang tepat. Takipnea, suara paru tidak normal, sesak napas, nyeri dada, kecemasan, atau kegelisahan adalah temuan abnormal itu harus segera dilaporkan. Tanda dan gejala ini mungkin merupakan indikasi edema paru atau emboli.

e. Fundus, lochea dan perineum

Dalam beberapa menit setelah lahir, ia berkontraksi dengan kuat fundus uteri harus teraba melalui perut dinding di tengah antara umbilikus dan simfisis pubis. Kira-kira 1 jam kemudian, fundus seharusnya telah naik ke tingkat umbilikus, di mana ia tetap berada selama 24 jam berikutnya.

f. Hipotensi pada *sectio caesarea*

Anestesi spinal umumnya digunakan pada *sectio caesarea* karena keseimbangan risiko dan manfaat dari anestesi spinal. Namun, ada efek samping yang terkait dengan anestesi spinal seperti hipotensi. Kerugian dari teknik anestesi spinal yang sering terjadi ialah hipotensi (Fikran et al., 2016). Hipotensi terjadi apabila menurunnya tekanan darah sistolik melebihi 20-30% dari baseline (Flora et al., 2014). Hipotensi yang diakibatkan anestesi spinal karena blokade simpatis mengakibatkan pelebaran pada pembuluh darah sehingga terjadi penurunan resistensi vaskular sistemik dan terjadilah hipotensi (Salman & Yehia, 2014).

Tingkat hipotensi akibat anestesi spinal yang menyebabkan komplikasi mencapai 1/3 dari total, yaitu melebihi 1800 orang yang menerima anestesi spinal, 26% terjadi komplikasi dan hingga 16% mengalami hipotensi (Latupeirissa & Angkejaya, 2020). Hipotensi anestesi spinal pada pasien *sectio caesarea* merupakan komplikasi yang sering terjadi. Komplikasi hipotensi setelah anestesi spinal sebesar 60% - 70% (Artawan et al., 2020). Insidensi kejadian hipotensi tertinggi pada operasi *sectio caesarea* sebanyak 11,8%, pada operasi umum sebanyak 9,6% dan trauma sebanyak 4,8%. Sedangkan insidensi hipotensi pada kebidanan maternal dengan teknik anestesi spinal sebanyak 83,6% dan teknik epidural anestesi sebanyak 16,4% (Anggraini, 2021).

Teknik anestesi dan pemilihan obat yang tepat dapat meminimalisir obat anestesi kejanin melalui plasenta dan tidak memengaruhi kontraksi pada uterus. Anestesi spinal sering digunakan pada pembedahan *sectio caesarea* dengan kondisi ibu dan janin normal (Lewar et al., 2018). Pemakaian anestesi regional pada pembedahan *sectio caesarea* meminimalkan efek terjadi ketidakberhasilan intubasi endotrakea dan memungkinkan terjadi aspirasi jika menggunakan anestesi general (Sirait & Yuda, 2019). Teknik anestesi spinal pada *sectio caesarea* mempunyai beberapa keunggulan yaitu onset bereaksi tidak lambat, blokade sensorik dan motorik tidak dangkal, menghindari depresi neonatus, keadaan ibu sadar dapat mengurangi aspirasi dan memiliki risiko toksisitas kecil terhadap obat anestesi (Tanambel et al., 2017) dalam (Lewar et al., 2018). Adapun faktor yang memengaruhi terhadap insidensi hipotensi pada *sectio caesarea* dengan anestesi spinal adalah usia, IMT dan paritas.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Post *Sectio Caesarea*

Dalam memberikan intervensi keperawatan pada ibu postpartum atau post *sectio caesarea* perawat harus mengembangkan keterampilan dan kiat keperawatan, salah satunya harus mampu mengintegrasikan model konseptual khususnya dalam asuhan persalinan. Dalam intervensi keperawatan post *sectio caesarea* terdapat beberapa data seperti pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi (Valentin, 2024).

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania, 2022; &

Syafahrahman, 2022). Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2017) Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya.

a. Identitas pasien

Nama, no rekam medis tanggal lahir pekerjaan, pendidikan terakhir, alamat, Usia : wanita usia < 20 tahun atau > 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya anemia selama kehamilan, suku.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien. Keluhan yang terjadi biasanya seperti mata berkunang-kunang, cepat lelah, nafas pendek, mual dan muntah. Biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing (Suryawan, 2020).

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan post operasi *sectio caesarea* mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

a) P (Provokatif atau Paliatif)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi laparotomi biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri berkurang bila Pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

b) Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien.

c) R (Regional atau area radiasi)

Keadaan dimana terasa gejala, menyebar atau tidak. Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

d) S (Skala, *Severity*)

Apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020).

e) T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Nugraha, 2020).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan.

a) Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.

b) Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

c) Keadaan bayi setelah masa neonatorium, ada trauma post partum akibat tindakan misalnya vakum dan pemberian ASI (Suryawan, 2020).

c. Aktivitas sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, *personal hygiene*, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, *personal hygiene* kurang terpenuhi (Nugraha, 2020).

d. Pemeriksaan fisik post *sectio caesarea*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

1) Kondisi umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis. Klien pucat, kelemahan, sesak napas, adanya gejala gelisah, diaphoresis, takikardi, dan penurunan kesadaran. (Suryawan, 2020).

2) Sistem pernafasan

Hidung tidak ada epistaksis, mukosa hidung kering, secret tidak ada, ketajaman penciuman normal.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

4) Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus

namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual. Mukosa mulut kering, bibir tidak ada labioskisis dan palatoskisis, tenggrokan tidak ada kesulitan menelan, pasien mengatakan sempat mual (Aprilia, 2020).

5) Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

6) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

7) Sistem genetalia

Dibagian vagina tidak ada edema, memar, hematom. Sedangkan dibagian perinium apakah utuh/episiotomi/ruptur. Apakah ada tanda REEDA di perinium, kaji lochea (konsistensi cair berwarna merah, anyir), tidak ada hemoroid, pola eliminasi urine.

8) Sistem muskuloskeletal

Pasien post operasi abdomen dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

9) Sistem integument

Terdapat luka post operasi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan

lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

10) Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Sectio caesareahwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

11) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

e. Riwayat psikologi

1) Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

2) Data sosial

Kaji ubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

3) Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020).

f. Hasil pemeriksaan diagnostik

Semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

- 1) *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
- 2) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- 3) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan anda sebagai perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Diagnosa post operasi dalam SDKI, (2017) yang mungkin muncul adalah:

a. Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa post operasi dalam PPNI, (2016) yang mungkin muncul adalah nyeri akut (D.0077), nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut dapat disebabkan oleh agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Tanda dan gejala mayor pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut ditandai secara subjektif yaitu pasien

mengeluh nyeri. Sementara itu secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, dengan faktor penyebab yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, katidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculo caesareauloskeletal, gangguan neuromusculo caesareaular, indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, dan nyeri. Gejala mayor dan minornya yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, dan mengeluh nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan mengeluh merasa cemas saat bergerak, pasien enggan melakukan pergerakan.

c. Risiko Infeksi (D.0142).

Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risiko yaitu penyakit kronis (misal diabetes mellitus), efek prosedur invasi, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, dan perubahan sekresi pH

3. Perencanaan keperawatan

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

Menurut PPNI, (2018) tujuan pemberian intervensi manajemen nyeri diharapkan tingkat nyeri (L.08076) setelah diberikan intervensi keperawatan menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, eringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun dan kesulitan tidur menurun.

Intervensi manajemen nyeri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08238).

Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon 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
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Menurut PPNI, (2018) tujuan pemberian intervensi Dukungan mobilisasi diharapkan Mobilitas fisik (L05042) setelah diberikan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil : nyeri menurun, cemas menurun, pergerakan ekstremitas meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intervensi dukungan mobilisasi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05173).

Dukungan mobilisasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik

Observasi

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- Menurut PPNI, (2018) tujuan pemberian intervensi pencegahan infeksi diharapkan tingkat infeksi (L.14317) setelah diberikan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun.
- Intervensi pencegahan infeksi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.14539).
- Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.
- Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan infeksi berdasarkan SIKI, antara lain:

Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

- Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nugraha, 2020).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa terapi genggam jari dan aromaterapi lavender yang berhubungan dengan prosedur pasien post *sectio caesarea*.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi terapi genggam jari dan aromaterapi lavender : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

D. Konsep Terapi Genggam Jari

1. Definisi terapi genggam jari

Teknik menggenggam jari adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Terapi genggam jari dapat

mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Ketika tubuh dalam keadaan rileks, maka ketegangan otot berkurang dan kemudian akan mengurangi kecemasan (Yuliasuti, 2019).

Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan menghangatkan titik- titik keluar dan masuknya energi yang terletak pada jari tangan kita titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleksi/spontan pada saat genggam (Rasyid & Samaran 2019).

2. Mekanisme Terapi Relaksasi Genggam Jari

Tangan merupakan alat sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam – 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 meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari – jari tangan, sehingga nantinya mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggam, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2018).

Mekanisme teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri adalah di dalam jari manusia terdapat titik meridian yang memberikan rangsangan saat menggenggam. Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen *non-nosiseptor*. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebri dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi

genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggaman, diproses menuju saraf menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphen untuk mengurangi nyeri (Sofiyah et al., 2019).

Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan diberikan minimal selama 3 hari. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan nyeri pada semua klien pasca operasi, kecuali pada klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi (Indriani S, 2020).

3. Prosedur Terapi Relaksasi Genggam Jari

Cara melakukan teknik genggam jari menurut Cane (2018) adalah :

- a. Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 2 - 5 menit, anda bisa memulai dengan tangan manapun.
- b. Tarik nafas dalam - dalam (ketika bernafas, hiruplah dengan rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan)
- c. Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepas semua perasaan - perasaan negatif dan masalah - masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita yang berhubungan dengan kerusakan jaringan karena post operasi fraktur).
- d. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari – jari tangan.
 - 1) Sekarang pikirkan perasaan - perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya fokus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.
 - 2) Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan lainnya.
 - 3) Tindakan Relaksasi Genggam Jari dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari atau saat nyeri terasa.
 - 4)

- e. Seringkali ketika sedang menggenggam jari, anda merasakan denyutan yang cukup keras disetiap jari anda. Hal ini menunjukkan keadaan emosi yang kurang seimbang sehingga jalur energi terhambat dan kurang seimbang. Ketika energi yang tersumbat mulai lancar, maka denyutan disetiap jari akan melembut dan perasaan menjadi lebih tenang dan seimbang.

Gambar 2.3 Terapi Genggam Jari

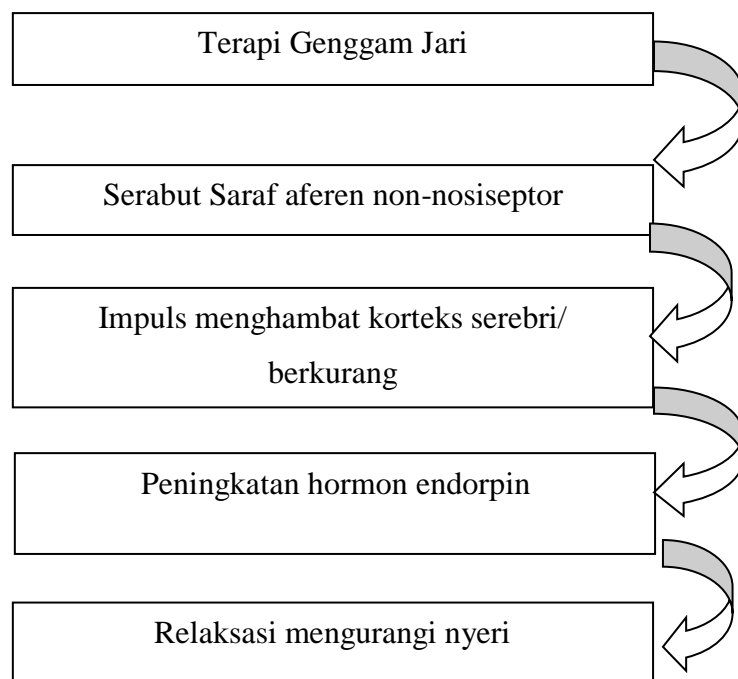


Sumber : Henderson (2007) dalam Sari (2020)

Gambar 2.4 Titik Terapi Genggam Jari



**Gambar 2.5 Bagan
Mekanisme Terapi Genggam Jari**



Sumber : Sofiyah (2019)

E. Konsep Aromaterapi

1. Pengertian aromaterapi

Aromaterapi berarti terapi dengan memakai essensial yang ekstrak dan unsur kimianya diambil dengan utuh. Aromaterapi adalah bagian dari ilmu herbal (Rahmayati et al., 2018).

Aromaterapi merupakan suatu metode yang menggunakan minyak atsiri untuk meningkatkan kesehatan fisik dan juga mempengaruhi kesehatan emosi seseorang. Minyak atsiri merupakan minyak alami yang dialami dari tanaman aromatic. Dalam aromaterapi, minyak atsiri masuk kedalam badan melalui tiga jalan utama, antara lain ingesti, olfaksi, dan inhalasi, selain absorbs melalui kulit. Dibanding kedua cara lainnya, inhalasi merupakan cara yang paling banyak digunakan meskipun aplikasi topical juga tidak kurang pentingnya.

Teknik pemberian aromaterapi menjadi salah satu alternatif terapi bagi mereka yang mengalami stress, dan yang paling penting yaitu

untuk menurunkan intensitas nyeri. (Pratiwi & Subarnas, 2020).

2. Aromaterapi Lavender

a. Pengertian

Nama lavender berasal dari bahasa latin “lavera” yang berarti menyegarkandan orang-orang roma telah memakainya sebagai parfum dan minyak mandi sejak zaman dahulu. Tanaman ini tumbuh baik pada daerah dataran tinggi, dengan ketinggian berkisar antara 600-1350 m diatas permukaan laut.

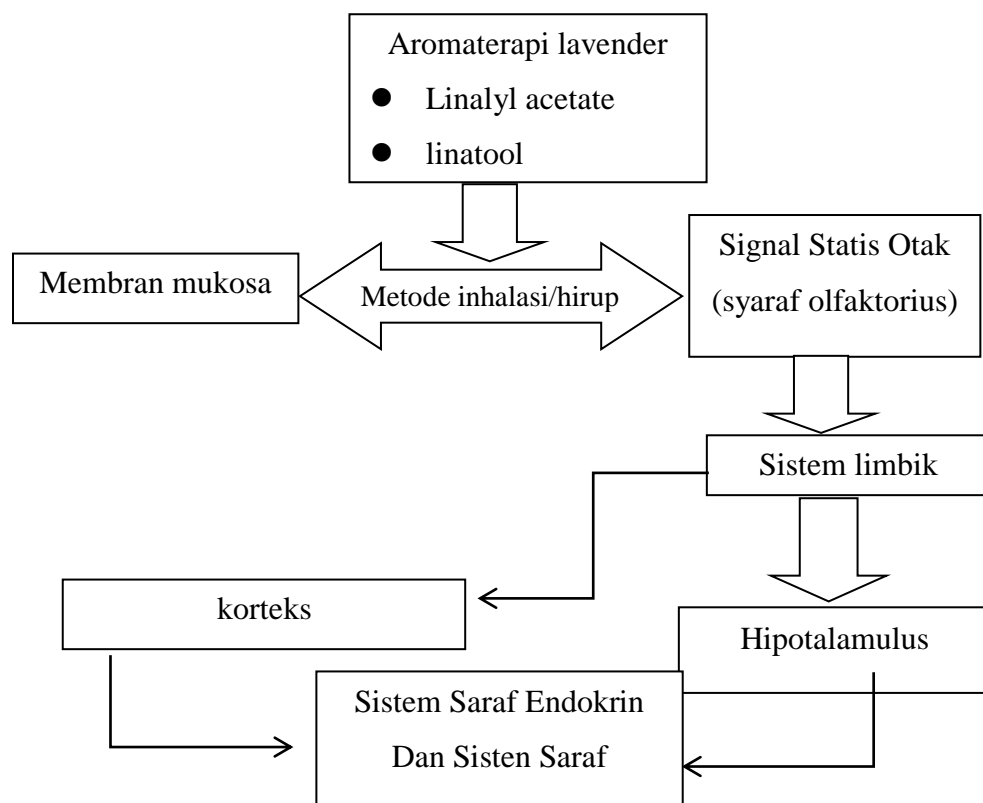
b. Kandungan

Zat yang terkandung pada minyak lavender memiliki banyak potensi karena terdiri atas beberapa kandungan. Menurut penelitian, dalam 100 gram bunga lavender tersusun atas beberapa kandungan, seperti : minyak esensial(1-3%), alpha-pinene (0,22%), camphene (0,07%), betamycerene (5,33%), p-cymene (0,3%), limonene (1,07%), cineol (0,51%), linalool (26,12%), borneol (1,21%), terpinen-4-ol (4,64%), linalyl acetate (26,32%), geranyl acetate (2,14%), dan caryophyllene (7,55%). Berdasarkan data diatas,dapat disimpulkan bahwa kandungan utama dari bunga lavender adalah linalyl asetat dan linalool⁷ (C₁₀H₁₈O).

c. Cara kerja aromaterapi lavender

Menurut Nuraini (2014) dalam (Intania & Burhanto, 2021) cara kerja aromaterapi lavender yaitu dengan cara merangsang sel saraf penciuman dan mempengaruhi sistem kerja di otak atau limbik dengan meningkatkan perasaan nyaman. Molekul molekul dari aroma bunga lavender yang dihirup melalui hidung akan masuk kepada penerima yaitu olfaktorius. Yang kemudian reseptor ini akan memberikan informasi tentang aroma yang tercium pada sistem limbic di dalam otak yang mengatur perasaan sehingga bisa diketahui mengapa bau bauan bisa mempengaruhi perasaan kita.

**Gambar 2.6 Bagan
Mekanisme Aromaterapi**



Sumber : Nuraini (2014) dalam Intania (2021)

3. Penggunaan Aromaterapi

a. Inhalasi

Penghirupan minyak essential lebih efektif dengan menggunakan uap minyak yang dituangkan ke dalam wadah berisi air panas atau menghirup dari kain yang telah direndam minyak *essensial*. Penghirupan uap minyak *essensial* diarahkan langsung ke dalam lubang hidung dan rongga mulut. Keuntungan penggunaan aromaterapi melalui inhalasi dibandingkan obat dengan pemberian *oral* yaitu tidak akan memengaruhi saluran pencernaan, terutama Ketika targetnya adalah jalan nafas atau paru-paru (Pratiwi & Subarnas, 2020).

Aromaterapi yang dihirup akan di transferkan ke pusat penciuman yang berada pada pangkal otak. Pada tempat ini sel

neutron akan menafsirkan bau tersebut dan akan mengantarkan ke sistem limbik. Dari sistem limbik pesan tersebut akan dihantarkan ke *hipotalamus*, di *hipotalamus* seluruh sistem minyak esensial tersebut akan diantar oleh sistem sirkulasi dan agen kimia kepada tubuh yang nyeri (Kadri et al., 2020).

Inhalasi digunakan dengan berbagai cara, seperti :

1) *Diffuser/Humidifier*

Sebagaimana penelitian (Retni et al., 2020), peneliti menyiapkan satu wadah elektrik yang sudah berisikan air hangat 200 ml, guna dijadikan sebagai tempat diencerkan minyak *essensial* 5-6 tetes. Maka wadah yang sebelumnya itu disambungkan ke listrik guna mendapatkan hirupan uap, dari minyak *essensial* *essensial*.

2) Dhirup melalui tissue

Inhalasi dari kertas tissue yang mengandung minyak atsiri 5-6 tetes (3 tetes pada anak kecil, orang tua, hamil) sangat efektif bila dibutuhkan hasil yang cepat, dengan 2-3 kali Tarik nafas dalam-dalam. Untuk mendapatkan efek yang Panjang, *tissue* dapat diletakkan didada sehingga minyak astiri yang menguap akibat panas badan tetap terhirup oleh pasien (Miranti, 2021).

3) Dengan bantuan botol semprot

Botol semprot (*spray bottle*) biasa digunakan untuk menghilangkan udara yang berbau kurang enak pada kamar pasien. Minyak atsiri atau minyak *essensial* yang sering digunakan yaitu minyak *essensial* lavender. Dengan dosis 10-12 tetes dalam 250 ml air, setelah dikocok kuat-kuat terlebih dahulu, kemudian disemprotkan ke kamar pasien (Miranti, 2021).

4) Dihisap melalui telapak tangan

Inhalasi menggunakan telapak tangan merupakan metode yang baik, tetapi sebaiknya hanya dilakukan oleh orang dewasa saja. Satu tetes minyak atsiri ditetaskan pada telapak tangan yang

kemudian ditelungkupkan, mata pasien sebaiknya terpejam saat melakukan hal ini. Pasien dianjurkan untuk menarik nafas dalam-dalam. Cara ini sering dilakukan untuk mengatasi stress (Miranti, 2021).

5) Penguapan

Cara ini digunakan untuk mengatasi problem respirasi dan amsuk angin (*common cold*). Untuk kebutuhan ini digunakan suatu wadah dengan air panas yang kedalamnya diteteskan minyak atsiri sebanyak 4 tetes, atau 2 tetes untuk anak dan wanita hamil. Kepala pasien menelungkup diatas wadah dan disungkup dengan handuk sehingga tidak ada uap yang keluar dan pasien dapat menghirupnya secara maksimal. Selama penanganan, pasien diminta untuk menutup matanya. (Miranti, 2021).

F. Jurnal Terkait

Tabel 2.1 Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
	Implementasi Terapi Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Dengan Nyeri Akut Post Operasi Herniotomi Di RS Mardi Waluyo Metrotahun 2023 (Agustina, 2023)	D : Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan S : 2 pasien post operasi herniotomi. V : Relaksasi genggam jari, nyeri post operasi herniotomi A : <i>Study case</i> wawancara, observasi.	Berdasarkan hasil penelitian bahwa terdapat perbedaan hasil implementasi pada kedua pasien ditemukan perbedaan penurunan skala nyeri, pada pasien 1 penurunan skala nyeri pada hari ke3 skala 3 serta diperbolehkan pulang, dan pada pasien ke 2 penurunan skala nyeri pada hari ke 3 skala nyeri menjadi 2 serta pasien diperbolehkan pulang.

2	Penerapan Relaksasi Genggam Jari Untuk Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Pasca Operasi RSUD Ir. Soekarno Sukoharjo (Liestarina, 2023)	D : Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan S : 2 responden dengan diagnosa <i>Benign Prostatic Hyperplasia</i> (BPH) V : Relaksasi genggam jari, nyeri post operasi TUR-P A : <i>Study case</i> wawancara, observasi.	Berdasarkan hasil penerapan yang sudah dilakukan terdapat penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi. Terapi relaksasi genggam jari dapat dijadikan salah satu teknik non farmakologi atau intervensi mandiri pada pasien pasca operasi khususnya pada tindakan <i>Transurethral Resection Of The Prostate</i> (TUR-P)
3	<i>A Case Study of Finger Grip Relaxation Intervention on Lowering Pain Scale in Appendicitis Patients</i> (Erna Safariah, Irawan Danismaya, Nadya Salsabilla, Henri Setiawan, 2022).	D : Metode deskriptif dengan <i>study case</i> . S : 1 pasien. V : Terapi <i>finger grip</i> . Nyeri perut. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Berdasarkan hasil penelitian bahwa pasien mengakui bahwa nyeri berkurang setelah intervensi relaksasi <i>Finger grip</i> .

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
4	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro (Ristanti, 2023)	D : Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan S : 2 (dua) pasien dengan diagnosa medis post operasi appendiktis di RSUD Jend. Ahmad Yani Metro tahun 2022. V : Relaksasi genggam jari, nyeri post operasi appendiktomi. A : <i>Study case</i> wawancara, observasi.	Hasil penerapan terbukti bahwa skala nyeri pada subyek I (Nn. K) sebelum penerapan genggam jari yaitu 5 (lima) dan skala nyeri setelah dilakukan genggam jari selama 3 hari mengalami penurunan menjadi 1 (skala nyeri ringan).

5	Relaksasi genggam jari pada pasien post operasi (Indah Larasati, Eni Hidayati/ 2022)	D : Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan S : Responden berjumlah dua orang, V : Relaksasi genggam jari, nyeri post operasi laparotomi A : <i>Study case</i> wawancara, observasi.	Adanya perubahan skala nyeri dari skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. Pemberian Relaksasi genggam jari efektif untuk menurunkan skala nyeri post operasi laparotomi.
6	Implementasi Relaksasi Genggam Jari Dalam Menurunkan Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Hemoroid (Dea Oktaria Nur, Suci Khasanah / 2022)	D : Penelitian ini menggunakan desain deskriptif berupa pendekatan studi kasus praktik keperawatan. S : 1 pasien dengan nyeri hemoroid. V : Terapi genggam jari, nyeri hemoroid. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Teknik relaksasi genggam jari dapat menurunkan nyeri akut pada pasien dimana terjadi penurunan skala nyeri sebesar 3.
7	Penerapan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di RSUD Kardinah Tegal (Shidiqqiyah & Utami, 2023)	D : <i>Study case</i> . S : Pasien post SECTIO CAESAREA. V : Aromaterapi Lavender, Nyeri Post Sectio Caesarea. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Setelah menerima aromaterapi lavender, temuan penelitian berubah dari skala 7 menjadi 3. Temuan penelitian menunjukkan bahwa penggunaan aromaterapi lavender dapat membantu pasien pasca melahirkan yang menjalani operasi caesar mengurangi rasa tidak nyamannya.

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
8	Penurunan Nyeri Post <i>Sectio Caesarea</i> Menggunakan Aroma Terapi Lavender di Rumah Sakit Permata Medika Ngaliyan Semarang (Rahmayani & Machmudah, 2021)	D : <i>Study case</i> . S : Pasien post <i>sectio caesarea</i> V : Aromaterapi lavender, nyeri post <i>sectio caesarea</i> . A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Hasil studi menunjukkan bahwa Ada penurunan intensitas nyeri setelah pemberian inhalasi aromaterapi lavender. Mekanisme terapi aromaterapi lavender dapat menurunkan nyeri post <i>Sectio Caesarea</i> dimana aromaterapi lavender mengandung linalyl asetat dan linalool ($C_{10}H_{18}O$) dimana linalyl asetat berfungsi dapat melonggarkan sistem kerja

			saraf otot yang sedang dalam kondisi tegang
9	Pengaruh Inovasi Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea : Metode <i>Literature Review</i> (Mulyadi, 2021)	D : <i>Literature Review</i> S : 10 jurnal 5 (nasional) 5 (internasional) untuk direview. V : Aromaterapi Lavender. A : Dokumentasi, <i>review</i> .	Dalam 10 jurnal di atas didapatkan rata-rata penerapan pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri berpengaruh pada pasien post <i>sectio caesarea</i> Kesimpulan : Berdasarkan hasil telaah pada 10 jurnal penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien yang telah melakukan Sectio Caesarea