

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Masalah Utama

1. Nyeri

a. Definisi

Nyeri adalah sebagai suatu sensori subyektif dan emosional keadaan tidak menyenangkan yang dirasakan, terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial, atas menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan. Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila seseorang mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh (Saputri, 2025). Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya. (Ni Wayan, 2023).

b. Fisiologis Nyeri

Fisiologis terjadinya nyeri dimana reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri (nosireceptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Teori gate control menyebutkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, kemudian impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan terbuka dan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Risnah, 2021)

c. Mekanisme Nyeri

Ada empat proses terjadinya nyeri yaitu (Mangku & Senapathi, 2018):

1) Transduksi

Proses stimuli nyeri yang di terjemahkan atau di ubah menjadisatu aktivitas listrik pada ujung- ujung saraf.

2) Transmisi

Merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi.

3) Modulasi

Proses interaksi antara system analgesic endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkefalin, endrofin, serotonin dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinnallis. Dengan demikian kornuposterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisaterbuka atau tertutup untuk menyalurkan impuls nyeri.

4) Persepsi

Hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks yang unik di mulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

d. Penyebab Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea

Penyebab dari nyeri post section caesarea disebabkan karena (Rista, 2018):

- 1) Indikasi dilakukan sectio caesarea
- 2) Anastesi yang mulai berkurang
- 3) Terbukanya luka operasi
- 4) Kontraksi uterus
- 5) Komplikasi anestesi spinal

e. Jenis – jenis nyeri menurut tempatnya nyeri

Jenis – jenis nyeri menurut tempatnya nyeri yaitu nyeri kulit (nyeri supefisial), nyeri somatik, nyeri visceral (Risnaw, 2021).

1) Nyeri Kulit (Nyeri Superfisial)

Nyeri kulit biasanya melibatkan atau jaringan subkutan. Biasanya terasa tajam, dan sensasi nya seperti terbakar.

2) Nyeri Somatik

Nyeri yang menyebar biasanya berasal dari tendon, ligament, tulang, pembuluh darah, dan saraf.

3) Nyeri Visceral

Nyeri ini kurang terlokalisasi dan berasal dari prgan tubuh seperti thorax, cranium dan perut. Nyeri ini dapat terjadi karena organ meregang secara tidak normal.

f. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum di bagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis (Bambang & Lucas, 2017).

1) Nyeri Akut

Nyeri akut diartikan sebagai pengalaman tidak menyenangkan yang kompleks berkaitan dengan sensorik, kognitif dan emosional yang berkaitan dengan trauma jaringan, proses penyakit, atau fungsi abnormal dari otot atau organ visera. Nyeri akut berperan sebagai alarm protektif terhadap cedera jaringan. Reflek protektif (reflek menjauhi sumber stimuli, spasme otot, dan respon autonom) sering mengikuti nyeri akut.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis diartikan sebagai nyeri yang menetap melebihi proses yang terjadi akibat penyakitnya atau melebihi waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan, biasanya 1 atau 6 bulan setelah onset, dengan kesulitan ditemukannya patologi yang dapat menjelaskan tentang adanya nyeri atau tentang mengapa nyeri tersebut masih dirasakan setelah proses penyembuhan.

g. Gatte Control Theory (Teori Kontrol Gerbang)

Teorinya menyatakan itu terdapat serat saraf, yang berdiameter kecil, melakukan rangsangan nyeri rangsang ke otak, tetapi serat saraf dengan diameter besar dapat mengambat transmisi impuls nyeri sumsum tulang belakang ke otak. Tindakan keperawatan, seperti pijatan atau kompres hangat ke daerah punggung yang sakit dapat merangsang serat saraf besar untuk menutup gerbang sehingga menghalangi impuls nyeri dari daerah tersebut (Risnah, 2021).

h. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Ada 5 faktor yang mempengaruhi nyeri seseorang yaitu tahap perkembangan usia, etnik dan nilai budaya, lingkungan dan individu pendukung, pengalaman nyeri sebelumnya, ansietas dan stress (Bambang & Lucas, 2017).

1) Tahap Perkembangan Usia

Tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan. Di sisi lain prevalensi nyeri pada lansia lebih tinggi.

2) Etnik dan Nilai Budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

3) Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu keluarga dan orang dekat menjadi salah satu faktor penting.

4) Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri.

5) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

i. Derajat Nyeri

Hasil pengukuran derajat nyeri yang diperoleh saat melakukan pengukuran secara mandiri dapat dipengaruhi oleh subjektifitas pasien akibat adanya pengaruh faktor fisiologi, psikologis, dan lingkungan. Beberapa kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan penilaian secara mandiri seperti pasien yang mengalami gangguan kesadaran, gangguan kognitif dan pasien pediatrik dapat dilakukan cara penilaian nyeri yang lain. Cara menuliskan menilai nyeri secara kualitatif (Mangku & Senapathi, 2018), meliputi:

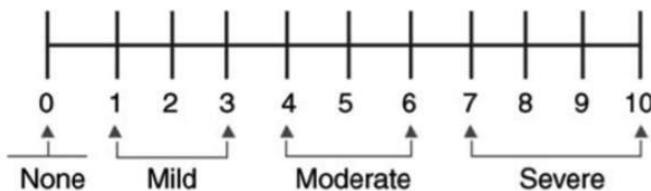
- 1) Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul saat melakukan aktivitas sehari-hari namun tidak dirasakan saat tidur.
- 2) Nyeri sedang adalah nyeri yang terus menerus hingga mengganggu aktivitas dan hanya hilang saat pasien tidur.
- 3) Nyeri berat adalah nyeri yang dapat dirasakan sepanjang hari yang menyebabkan pasien tidak bisa tidur, atau sering terjaga karena nyeri timbul pada saat pasien tidur.

j. Penilaian Klinis Nyeri

1) Visual Analogue Scale (VAS)

Visual Analogue Scale adalah skala kontinyu horizontal 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. Skala VAS dinilai dengan media pensil dan kertas,

sehingga tidak dapat dilakukan secara verbal atau melalui saluran telepon. Nilai VAS dikelompokkan menjadi nyeri intensitas ringan (0-44 mm), nyeri intensitas sedang (45-74 mm), dan nyeri intensitas berat (75-100 mm) (Pinzon, 2016).

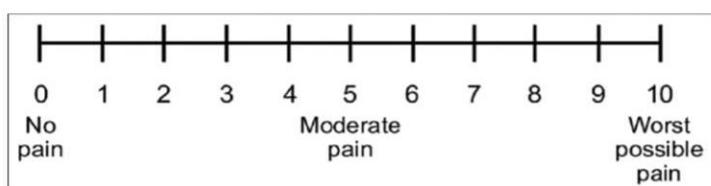


Gambar 2.1 Visual Analogue Scale (VAS)

Sumber: 2.1 (Pinzon, 2016)

2) Numeric Rating Scale (NRS)

Numeric Rating Scale adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Nilai NRS bisa digunakan untuk evaluasi nyeri, dan pada umumnya pengukuran kedua tidak lebih dari 24 jam pasca pengukuran pertama. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri hebat (7-10). Nilai NRS dapat diperoleh dalam waktu kurang dari 1 menit (Pinzon, 2016).



Gambar 2.2 Numering Rating Scale (NRS)

Sumber: 2.2 (Pinzon, 2016)

2. Konsep Sectio Casarea

a. Definisi Sectio Casarea

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan dengan indikasi tertentu, baik karena gangguan

kesehatan ibu maupun kondisi janin. Sectio caesarea adalah proses melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau dengan kata lain sectio caesarea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam Rahim. sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Glania, 2023)

b. Jenis – Jenis Sectio Cesarea (SC)

Jenis-jenis Sectio Caesarea sebagai berikut (Wahyuningsih & Hayati, 2022):

1) Sectio Caesarea Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah prosedur setelah melahirkan janin dengan Sectio Caesarea, setelah itu diikuti dengan pengangkatan rahim.

2) Sectio Caesarea Klasik

Operasi caesar klasik adalah operasi yang tidak dianjurkan melahirkan secara normal untuk kehamilan berikutnya setelah operasi ini, kecuali jika keadaan ibu dan bayi memungkinkan. dilakukan secara longitudinal dari bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan membujur kurang lebih sepanjang 10 cm di badan rahim.

3) Sectio Caesarea Extraperitoneal

Sectio Caesarea Extraperitoneal merupakan tindakan yang dilakukan dengan sayatan dinding perut dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

4) Sectio Caesarea Transperitonel Profunda

Sectio caesarea transperitonel profunda juga dikenal sebagai sayatan memanjang di bagian bawah rahim yaitu serviks bagian bawah, Jenis sayatan ini dibuat jika bagian bawah rahim tidak tumbuh atau tidak

cukup tipis untuk memungkinkan celah horizontal. Celah memanjang sebagian dilakukan untuk otot-otot di bawah rahim. Kelemahan pembedahan ini dapat menimbulkan pendarahan.

c. Indikasi Sectio Casarea

Indikasi dilakukan nya tindakan sectio caesarea (Wahyuningsih & Hayati, 2022):

1) Indikasi Ibu

a) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia ditandai dengan adanya dua dari triasnya yaitu hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah kehamilan 20 minggu. Preeklamsia merupakan penyakit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan 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 seksio sesarea.

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) CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

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.

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 Iaten 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 nulipara 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 Seksio Caesarea (SC)

Pada 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.

2) Indikasi Janin

a) Janin Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar mempunyai beberapa pengaruh pada ibu dan janin. Mortalitas janin pada kehamilan kembar empat kali kehamilan tunggal.

b) Letak Janin Melintang

Pada posisi ini, aksis memanjang janin diperkirakan tegak lurus terhadap ibu. Jika aksis panjang membentuk sudut akut, dihasilkan janin dengan posisi oblik. Pada posisi melintang, biasanya bahu berada di atas pintu atas panggul. Kepala berada pada salah satu fossa iliaca, dan bokong di fossa lainnya. Keadaan ini menciptakan

presentasi bahu dengan sisi ibu, tempat akromion terletak, menentukan arah posisi janin, yaitu akromionl kanan atau kiri.

c) Janin Besar

Janin besar adalah janin yang memiliki taksiran berat >4000 gram. Janin yang mengalami makrosomia memiliki komplikasi peningkatanrisiko kematian intrauterine dan kematian neonatus serta trauma jalankelahir, terutama distosia bahu dan palsi pleksus brakial. Hal tersebutlahyang membuat persalinan seksio sesarea menjadi pilihan.

d) Gawat Janin

Terjadi perubahan kecepatan denyut jantung janin yang dapat menunjukkan suatu masalah pada bayi. Perubahan kecepatan denyut jantung, dapat terjadi jika tali pusat tertekan atau berkurangnya aliran darah yang teroksidasi ke plasenta. Adanya bradikardi berat, iregularitas denyut jantung janin atau adanya pola deselerasi yang terhambat, kadang-kadang menyebabkan perlunya seksio sesarea darurat.

B. Konsep Intervensi sesuai *Evidence Base Practice (EBP)***1. Konsep Hipnosis Lima Jari****a. Definisi Hipnosis Lima Jari**

Hipnosis lima jari adalah sebuah teknik pengalihan pemikiran seseorang dengan cara menyentuh pada jari-jari tangan sambil membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau yang disukai (Halim & Khayati, 2020). Hipnosis lima jari adalah salah satu bentuk self-hypnosis yang dapat memberikan efek relaksasi yang tinggi. Hipnosis 5 jari merupakan seni komunikasi verbal yang bertujuan membawa gelombang pikiran klien menuju trance gelombang alpha/theta (Wahyuningsih, Sukesi, & Rahayu, 2024). Selain itu, terapi hipnosis lima jari merupakan suatu terapi dengan menggunakan lima jari tangan dimana klien dibantu untuk mengubah persepsi ansietas, stres, tegang dan takut dengan menerima saran-saran diimbangi bawah sadar atau dalam keadaan rileks dengan menggerakan jari-jarinya sesuai perintah (Mawarti, 2021).

b. Indikasi Hipnosis Lima Jari

Tujuan hipnosis lima jari yaitu untuk membantu mengurangi ansietas, ketegangan dan stres dari pikiran seseorang. Indikasi pemberian terapi hipnosis lima jari antara lain (Badar, 2021):

- 1) Pasien dengan ansietas ringan
- 2) Pasien dengan ansietas sedang
- 3) Pasien dengan nyeri ringan
- 4) Pasien dengan nyeri sedang

c. Manfaat Hipnosis Lima Jari

Hipnosis lima jari bermanfaat dalam penanganan nyeri dan mengurangi kecemasan, karena dapat memberikan efek relaksasi dan mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh rasa sakit dan stress (Putri & Heny, 2024). Selain itu Hipnosis 5 juga dapat mengatur vital sign, memperlancar sirkulasi darah, merelaksasikan otot-otot (Priyono, 2021).

d. Mekanisme Hipnosis Lima Jari

Mekanisme kerja dari hipnoterapi lima jari ini adalah dengan langsung memberikan stimulus pada otak pada bagian thalamus, thalamus akan mengirimkan kata-kata sugesti yang akan mempengaruhi gelombang alpha. Gelombang alpha akan mempengaruhi sistem limbik yaitu amigdala. Kemudian amigdala akan mengirimkan informasi ke locus coeruleus dan menjalarkannya ke hipotalamus. Hipotalamus akan mengendalikan CRF sehingga kortisol dan hormon ACTH berkurang serta menyekresikan neurotransmitter endorfin dan serotonin sehingga dapat menurun intensitas dan skala nyeri. Hipnoterapi melibatkan induksi hypnosis yang dapat mengubah persepsi, perilaku bahkan sebagai mekanisme coping untuk manajemen nyeri (Dewi, 2020).

e. Prosedur Hipnosis Lima Jari

Langkah-langkah melakukan terapi hipnosis lima jari (Sujarwo, 2023) antara lain yaitu:

- 1) Atur posisi senyaman mungkin
- 2) Lakukan relaksasi nafas dalam terlebih dahulu
- 3) Latih pasien untuk menyetuh keempat jari dengan ibu jari tangan
- 4) Minta pasien untuk menutup mata agar rileks
- 5) Dengan diiringi musik (jika klien mau) / pandu klien untuk menghipnosis dirinya sendiri dengan arahan berikut ini:
 - a) Satukan ujung ibu jari dengan jari telunjuk, ingat kembali saat anda sehat. Anda bisa melakukan apa saja yang anda inginkan.
 - b) Satukan ujung ibu jari dengan jari tengah, ingat kembali momen momen indah ketika anda bersama dengan orang yang anda cintai (orang tua/suami/istri/ataupun seseorang yang dianggap penting).
 - c) Satukan ujung ibu jari dengan jari manis, ingat kembali ketika anda mendapatkan penghargaan atas usaha keras yang telah anda lakukan
 - d) Satukan ujung ibu jari dengan jari kelingking, ingat kembali saat anda berada di suatu tempat terindah dan nyaman yang pernah anda kunjungi.



Gambar 2.1 Teknik hipnosis lima jari

- e) Luangkan waktu anda untuk mengingat kembali saat indah dan menyenangkan itu.
- f) Minta pasien untuk tarik nafas dalam 2-3 kali
- g) Minta pasien untuk membuka mata secara perlahan
- 6) Rasakan kondisi tubuh anda setelah melakukan hipnosis lima jari.

C. Jurnal terkait

Berikut ini beberapa jurnal yang terkait dengan hipnosi lima jari terhadap nyeri pasien post sectio caesarea:

Tabel 2.2 Penelitian Terkait

No.	Judul	Metode	Hasil Penelitian
1.	Asuhan keperawatan pada ny.s dengan penerapan teknik hipnosis lima jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post sectio caesarea (Sari, 2024) https://doi.org/10.31004/jii_k.v3i1.39441	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus tehadap 1 responden dengan variabel hipnosis lima jari serta menggunakan instrumen pengukuran nyeri nrs (<i>numerical rating scale</i>)	Setelah dilakukan penerapan teknik hipnosis lima jari selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil adanya penurunan nyeri dari skala 6 menjadi skala 1.
2.	Pengaruh hipnosi lima jari terhadap nyeri pada pasien post sectio caesarea dengan spinal anestesi di RSUD dr. Mohammad Soewandhi Surabaya (Muklisin, 2022) http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/eprint/10528	Penelitian ini menggunakan desain <i>Pra experiment one group pretest posttest design</i> tehadap 30 responden dengan variabel hipnosis lima jari serta menggunakan instrumen checklist <i>numerik rating scale</i> (NRS), dengan analisis data uji wilcoxon	Ada pengaruh hipnosi lima jari terhadap nyeri pada pasien post sectio caesarea dengan spinal anestesi di RSUD dr. Mohammad Soewandhi Surabaya

3.	Analisis penerapan intervensi hipnosis lima jari pada ibu besalin dengan masalah nyeri pasca sectio caesarea di ruang mawar RSUD Bangil (Lestari, 2024) https://repositori.stikes-ppni.ac.id/handle/123456789/2865	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus tehadap 2 responden dengan variabel hipnosis lima jari serta menggunakan instrumen pengukuran nyeri NRS (<i>numerical rating scale</i>)	Hasil studi kasus dari kedua pasien mengalami keluhan nyeri pada luka bekas operasi sehingga dilakukan terapi non farmakologi hipnosis lima jari selama 3x24 jam dengan hasil dan evaluasi kedua pasien mengalami penurunan skala nyeri
4.	Asuhan pemeliharaan maternitas dengan intervensi terapi hipnosis lima jari pada pasien post partum dalam mengurangi nyeri post sectionio caesarea (Alfira, 2024) http://repo.upertis.ac.id?id=eprint/3378	Penelitian ini menggunakan desain studi Kasus tehadap 1 Responden dengan variabel Hipnosis Lima Jari serta menggunakan instrumen pengukuran nyeri NRS (<i>Numerical Rating Scale</i>)	Ada pengaruh yang signifikan antara penerapan teknik hipnosis 5 jari dalam mengatasi gangguan rasa nyaman pada pasien pasca operasi caesar
5.	Hipnosis 5 jari berpengaruh pada penurunan nyeri post sectio caesarea di RSUD Tidar Kota Magelang (Fitriiningrum, Rohmayanti, & Maret, 2018) https://doi.org/10.31869//m.v1i1.2051	Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan <i>two group pretest dan posttesr with control group design</i> tehadap 44 responden dengan variabel hipnosis lima jari serta menggunakan instrumen pengukuran nyeri VDS (<i>verbal descriptor scale</i>) dengan analisis data uji <i>wilcoxon</i> dan <i>mann whitney</i> dengan tingkat signifikansi p value 0,000	Ada pengaruh antara nyeri sebelum dan sesudah dilakukan hipnosis lima jari dengan p value 0,000

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian

yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

- a. Data umum pasien mencakup pengkajian identitas pasien, meliputi nama inisial, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk, keluhan utama, alasan dirawat dan diagnosa medis.

b. Keluhan Pasien

Tindakan sectio caesare mengakibatkan nyeri dan dapat mempengaruhi terjadinya perubahan kontinuitas jaringan. Salah satu dampak negatif setelah tindakan sectio caesarea adalah munculnya rasa nyeri yang berlebih. Oleh karena itu perlu adanya tindakan untuk menentukan terapi pada pasien (Jenny, 2022). Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri digunakan:

- 1) Provoking Incident: apakah peristiwa yang menjadi faktor
- 2) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan dan digambarkan pasien. Apakah seperti menusuk-nusuk, terbakar, atau berdenyut.
- 3) Region: dimana rasa sakit terjadi, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar.
- 4) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien yang menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- 5) Time: berapa lama durasi nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk.

c. Riwayat Pasien Dan Keluarga

1) Riwayat pasien

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakuakannya operasi section caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat),

bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Serta masalah kesehatan pasien sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit laparatomy yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti menderita penyakit laparatomy, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau mulai dalam keluarga.

d. Riwayat Obstetri

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

e. Riwayat Persalinan Sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak dan keadaan anak.

f. Riwayat KB

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

g. Pengkajian 11 Fungsional Gordon

1) Pola Persepsi – Managemen Kesehatan

Pada kasus sectio casarea biasanya timbul kecemasan akan kondisinya sehingga sering memeriksa kehamilan.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien yang mengalami sectio casarea akan terganggu pola nutrisinya, nafsu makan menjadi berkurang sehingga mengakibatkan mual dan muntah.

3) Pola Eliminasi

Proses eliminasi pasien biasanya akan mengalami konstipasi karena terjadinya fecalith. Pola ini menggambarkan karakteristik atau masalah saat BAB/BAK sebelum dan saat dirawat di RS serta adanya penggunaan alat bantu eliminasi saat pasien dirawat di RS. Hal yang perlu dikaji yaitu konsistensi, warna, frekuensi, bau feses, sedangkan pada eliminasi urin dikaji kepekatan, warna, bau, frekuensi, serta jumlah.

4) Pola Latihan - Aktivitas

Pasien akan mengalami gangguan selama beraktivitas, disebabkan nyeri semakin buruk ketika bergerak.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Pasien sectio casarea akan merasakan nyeri sehingga mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Pengkajian yang dihasilkan berupa lamaya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, serta penggunaan obat.

6) Pola Kognitif dan Persepsi

Biasanya pada pasien section casarea kelahirannya akan lancar. Namun perlu juga untuk dilakukan, apakah nyeri nya akan berpengaruh terhadao pola kognitif dan persepsinya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola persepsi dan konsep diri menggambarkan persepsi saat dirawat di RS. Pola ini mengkaji ketakutan, kecemasan dan penilaian terhadap diri sendiri sertadampak sakit terhadap diri pasien. Emosi pasien biasanya tidak stabil karena pasien merasa cemas saat mengetahui harus dilakukan tindakan operasi.

8) Pola Peran dan Hubungan

Pasien dengan section casarea biasanya tidak mengalami gangguan dalam peran dan hubungan sosial, akan tetapi harus dibandingkan peran dan hubungan pasien sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Pada pola seksual dan reproduksi biasanya pada pasien section casarea tidak mengalami gangguan.

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Secara umum pasien dengan section casarea tidak mengalami penyimpangan pada pola koping dan toleransi stres. Namun tetap perlu dilakukan mengenai toleransi stress pasien terhadap penyakitnya maupun tindakan perawatan yang didapatkan.

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Pada umumnya pasien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam beribadah. Perlu dikaji keyakinan pasien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan pasien biasanya bisa baik ataupun buruk.

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah: biasanya tekanan darah normal

Nadi: biasanya terjadipeningkatan denyut nadi

Pernafasan: biasanya terjadi peningkatan bernafas atau normal

Suhu: biasanya suhu tetap normal

3) Head to Toe

a) Kepala

Normocephal, pada pasien laparotomi biasanya tidak memiliki gangguan pada kepala.

b) Mata

Inspeksi: mata simetris, refleks cahaya baik, konjungtiva biasanya anemis, sklera tidak ikteris, dan ukuran pupil isokor.

Palpasi: tidak ada edema di palpebra.

c) Hidung

Inspeksi: tidak ada sekret dan simetris.

Palpasi: tidak adanya benjolan atau masa pada hidung.

d) Telinga

Inspeksi: simetris kedua telinga, tidak ada sekret, tidak ada pengeluaran darah atau cairan dari telinga.

Palpasi: tidak adanya edema dibagian telinga.

e) Mulut

Inspeksi: simetris, biasanya membran mukosa kering pada pasien laparotomi karena kurangnya cairan yang masuk akibat muntah atau puasa pre/post operasi, lidah bersih, gigi lengkap, caries tidak ada, tonsil tidak ada, tidak ada kesulitan menelan.

f) Leher

Tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening dan tyroid.

g) Thorax atau Paru-paru

Inspeksi: dinding dada simetris

Palpasi: fremitus kiri dan kanan simetris.

Perkusi: sonor

Auskultasi: tidak adanya bunyi nafas tambahan.

h) Jantung

Inspeksi: ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi: ICS V mid klavikula sinistra.

Perkusi: batas jantung normal.

Auskultasi: reguler, tidak adanya bunyi tambahan.

i) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat bekas luka operasi apakah ada tanda- tanda infeksi atau tanda pendarahan, apakah terdapat stie dan linea), auskultasi.

j) Genitalia

Pada pemeriksaan genitalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda tanda inspeksi, pemeriksaan lokhea meliputi warna, jumlah dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau

tidak, jika penuh minta ibu berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan katerisasi.

k) Ekstermitas

Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski dan nyeri tekan.

i. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium mencakup pengukuran parameter seperti hemoglobin, hematokrit, jumlah leukosit dalam darah dan analisis urin.
- 2) Pemeriksaan radiologis seperti sinar-x, CT scan, atau USG dapat dilakukan untuk memeriksa hasil operasi dan mendeteksi komplikasi seperti pendarahan internal.
- 3) Pemeriksaan IVP/sistogram hanya diperlukan jika ada kecurigaan trauma pada saluran kencing.

j. Penatalaksanaan post sectio caesarea dengan metode farmakologis berupa antibiotik dan analgesik. Terapi farmakologis analgesik yang paling banyak digunakan adalah Ketorolac 30mg melalui Suntikan intravena (Mulahaera, Rusli, & Sobah, 2024). Terapi non farmakologi bisa menggunakan teknik distraksi relaksasi salah satunya adalah teknik hipnosis lima jari

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respons individu, keluarga, atau komunitas pada masalah Kesehatan, pada risiko masalah Kesehatan atau pada proses kehidupan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post sectio caesarea yaitu:

a. 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.

Analisis data diagnosis nyeri akut dengan munculnya tanda dan gejala pada pasien, yaitu pasien melaporkan Mengeluh nyeri, disertai pengamatan perawat terhadap pasien berupa Tampak meringis, Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, dan Sulit tidur.

Penyebab (etiologi) untuk masalah nyeri akut adalah Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Tingkat nyeri menurun berarti pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan menurun. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik (SDKI, 2017).

b. Gangguan mobilitas (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis penyakit yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Analisis data diagnosis tanda dan gejala yang muncul pada pasien, yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. disertai pengamatan perawat terhadap pasien berupa Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolism, ketidakmampuan fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktor, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurangnya paparan informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi.

Mobilitas fisik meningkat berarti kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri meningkat luaran utama untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa mobilitas fisik meningkat adalah Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, dan rentang gerak (ROM) meningkat (SLKI, 2019)

c. Risiko infeksi (D.0142)

Risiko infeksi merupakan diagnosis yang jelas merupakan risiko merusak peningkatan organisme patogen tertentu. Faktor risiko adalah kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah Kesehatan. Faktor risiko untuk masalah infeksi risiko adalah Penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan primer tubuh (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statistik cairan tubuh), Ketidakkuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)

Tingkat infeksi menurun berarti menurunnya derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Luaran utama untuk diagnosis risiko infeksi adalah “Tingkat infeksi menurun”. Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat infeksi menurun adalah demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik (SLKI, 2019)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang dirasakan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (SIKI, 2018) Pada penelitian ini penulis

memfokuskan pada intervensi manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

a. Intervensi Diagnosis Nyeri

Intervensi utama untuk diagnosis nyeri akut adalah Intervensi manajemen nyeri 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 antara lain (SIKI, 2018):

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b) Identifikasi skala nyeri
 - c) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri
 - e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - i) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 2) Terapeutik
 - a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
 - b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - c) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Intervensi Diagnosis Gangguan Mobilitas

Intervensi utama untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah intervensi dukungan mobilisasi diberi kode I.05173. Dukungan mobilisasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Tindakan yang dilakukan pada intervensi dukungan mobilisasi antara lain (SIKI, 2018):

1) Observasi

- a) Asalnya adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) Pantau frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai gerakan
- d) Pantau 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) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi)
- c. Intervensi Diagnosis Resiko infeksi
- Intervensi utama untuk diagnosis risiko infeksi adalah intervensi pencegahan infeksi diberi kode I.14539. Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogen. Tindakan yang dilakukan pada intervensi pencegahan infeksi antara lain (SIKI, 2018):
- 1) Observasi
 - Pantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 - 2) Terapeutik
 - a) Batasan jumlah pengunjung
 - b) Berikan perawatan kulit pada area edema
 - c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
 - 3) Edukasi
 - a) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - c) Ajarkan etika batuk
 - d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 - e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya (Danicel P, 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramat dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Astuti, 2020). Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisys yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.