

**LAPORAN ILMIAH AKHIR NERS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Z DENGAN POST SECTION  
CEASAREA DALAM PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI  
GENGGAM JARI TERHADAP PENURUNAN NYERI  
DI RUANG KEBIDANAN RSU AISYIYAH  
PADANG TAHUN 2021**

**Karya Ilmiah Akhir Ners  
SIKLUS ELEKTIF  
KEPERAWATAN MATERNITAS**



**Diajukan oleh:  
Wellia Dwi Adriyeni, S.Kep  
2014901044**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN ALIFAH PADANG  
TAHUN 2021**

**LAPORAN ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Z DENGAN POST SECTION  
CEASAREA DALAM PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI  
GENGGAM JARI TERHADAP PENURUNAN NYERI  
DI RUANG KEBIDANAN RSU AISYIYAH  
PADANG TAHUN 2021**

**Keperawatan MATERNITAS**



**WELLIA DWI ADRIYESI, S.Kep**

**2014901044**

## PERSETUJUAN LAPORAN ILMIAH AKHIR

Elektif yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Section Ceasarea dalam pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri diruang kebidanan RSUD Aisyiyah Padang Tahun 2021” telah disetujui dan diseminarkan dihadapan Tim Penguji Seminar Elektif Program Studi pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.



Ketua

(Dr. Ns. Asmawati, S. Kep. M.Kep)

**PENETAPAN PENGUJI LAPORAN ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.Z DENGAN POST SECTION  
CEASAREA DALAM PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI  
GENGGAM JARI TERHADAP PENURUNAN NYERI  
DI RUANG KEBIDANAN RSU AISYIYAH  
PADANG TAHUN 2021**

**Nama Mahasiswa : Wellia Dwi Adriyesi**

**NIM : 2014901044**

Laporan ilmiah ini telah di uji dan dinilai oleh penguji

Program Studi Pendidikan Ners

Padang , oktober 2021

Oleh:

Tim Penguji

**Pembimbing I : Ns. Rischa Hamdanesti, S. Kep. M. Kep .....**

**Penguji I : Ns. Ledia Restipa, S. Kep. M. Kep .....**

**Penguji II : Ns. Tomi Jepisa, S. Kep. M.Kep .....**



**Mengetahui,**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifiah Padang**

**Ketua**

**(Dr. Ns. Asmawati, S. Kep. M.Kep)**

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Wellia Dwi Adriyesi, S. Kep.

NIM : 2014901044

Tempat/Tanggal Lahir : Rimbo Bujang, 03, Januari 1999

Tahun Masuk : 2020

Program Studi : Profesi Pendidikan Ners

Nama Pembimbing Akademik : Ns. Helmanis Suci, S. Kep. M. Kep

Nama Pembimbing : Ns. Risca Hamdanesti, S. Kep. M. Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan karya tulis ilmiah saya yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN POST SECTION CEASAREA DALAM PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP PENURUNAN NYERI DIRUANG KEBIDANAN RSU AISYIYAH PADANG TAHUN 2021”**.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat dalam penulisan karya ilmiah ini, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Oktober 2021

Wellia dwi adriyesi, S. Kep

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN ALIFAH PADANG**  
**Laporan Ilmiah Akhir, Oktober 2021**

**Wellia dwi adriyesi, S. Kep**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Section Ceasarea dalam pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri diruang kebidanan RSUD Aisyiyah Padang Tahun 2021.**

**ix + 91 halaman + 23 tabel + 1 dokumentasi**

**RANGKUMAN EKSKLUSIF**

Dari data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode persalinan SC di Indonesia sebesar 17,6 % dari seluruh jumlah kelahiran. Persalinan SC di Bali memiliki proporsi terbesar kedua secara nasional sebesar 30.2% dari 67.385 kelahiran. Dari data yang di dapatkan dari rumah sakit RSUD Aisyiyah padang terdapat pada bulan agustus ada ± sebanyak 50 orang pasien yang melahirkan melalui section ceaserae dan pada bulan september ada ±sebanyak 65 pasien yang melahirkan melalui section ceaserae (perawat kebidanan RSUD aisyiyah padang, 2021). Tujuan : Untuk mengaplikasikan perawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien post section caserae dan pemberian teknik relaksasi genggam jari di ruang kebidanan RSUD Aisyiyah Padang. Metode Studi kasus : Studi kasus ini menggunakan metode wawancara dan deskriptif observasional.

Diagnosa keperawatan yang penulis dapat dari data-data pasien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Penulis mengaplikasikan asuhan keperawatan non farmakologi dan mengobservasi serta mendeskripsikan respon pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap pasien post section caserae selama 3 hari berturut-turut sebanyak 2x dalam sehari, hasil yang penulis dapatkan ada pengurangan nyeri sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri.

Kesimpulan penulis dari study kasus yaitu setelah melakukan implementasi selama 3 hari berturut-turut, dalam 2X sehari terdapat penurunan nyeri pada pasien dengan skala awal nyeri 6 menjadi 4 . maka di dapatkan hasil yaitu adanya efektifitas penggunaan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post section caserae.

**Daftar Bacaan: 18 (2015 - 2020)**

**Kata Kunci : *section ceasare*, nyeri, relaksasi genggam jari**

ALIFAH PADANG HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES  
Final Scientific Report, October 2021

Wellia dwi adriyesi, S.Kep

Nursing Care for Mrs. Z With Post Section Ceasarea in Providing Finger Clasp Relaxation Techniques Against Pain Reduction in the obstetrics room at RSU Aisiyiah Padang in 2021

ix + 91 pages + 23 tables + 1 documentation

EXCLUSIVE SUMMARY

From Riskesdas data in 2018 it shows that births with the SC method of delivery in Indonesia amounted to 17.6% of the total number of births. SC deliveries in Bali have the second largest proportion nationally at 30.2% of 67,385 births. From the data obtained from the Aisiyiah Padang General Hospital, it was found that in August there were  $\pm$  50 patients who gave birth through the ceaserae section and in September there were  $\pm$  65 patients who gave birth through a ceaserae section (midwifery nurse at Aisiyiah Padang Hospital, 2021). Objective : To apply care in nursing care for post section caserae patients and provide finger grip relaxation techniques in the obstetrics room of Aisiyiah Hospital Padang. Case study method: This case study uses interviews and observational descriptive methods.

Nursing diagnoses that the authors get from patient data are acute pain associated with physical injury agents, risk of infection associated with invasive procedures, physical mobility barriers associated with pain.

The author applies non-pharmacological nursing care and observes and describes the response of giving finger grip relaxation techniques to post section caserae patients for 3 consecutive days 2 times a day, the results that the authors get are pain reduction before and after finger grip relaxation techniques are used to reduce pain. .

The author's conclusion from the case study is that after implementing for 3 consecutive days, in 2X a day there is a decrease in pain in patients with an initial pain scale of 6 to 4. the results obtained are the effectiveness of the use of finger grip relaxation techniques to reduce pain in patients with post section caserae.

Reading List: 18 (2015 - 2020)

Keywords: caesarean section, finger grip relaxation, pain.

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan KaruniaNya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Ilmiah Akhir dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Section Ceasarea dalam pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Di Rsu Aisyiyah Padang Tahun 2021”** dapat dilaksanakan sebagai syarat dalam menempuh ujian akhir profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini tidak dapat terselesaikan tanpa dukungan dari berbagai pihak baik moril maupun materil. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Ilmiah Akhir Ners ini terutama kepada :

1. Ibu Ns. Rischa hamdanesti, S. Kep. M. Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan saran kepada penulis.
2. Ibu Ns. Ledia Restipa, S. Kep. M. Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang serta sebagai penguji pada ujian elektif saya yang telah meluangkan waktunya.
3. Ibu Dr. Ns. Asmawati, S. Kep. M. Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.
4. Bapak Ns. Tomi Jepisa, S. Kep. M. Kep. sebagai penguji pada ujian elektif saya yang telah meluangkan waktunya.
5. Seluruh Bapak/Ibu Dosen dan Staff dari program studi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama perkuliahan.
6. Teristimewa untuk kedua orang tua, papa tercinta ahmad subakir dan almarhuma mama tercinta yusmarni serta kakak tersayang wike eka andriyesi yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil serta doa yang tiada henti-hentinya bagi penulis selama menempuh studi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang.

7. Dan teristimewa untuk calon suamiku ryan antono yang telah memfasilitasi untuk pengerjaan tugas akhir ners ini, dan terimakasih untuk support yang tiada hentinya sampai akhir ngerjaan elektif ini
8. Serta temat-teman seperjuangan yang tidak bisa disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Laporan Ilmiah Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis, kritikan dan saran sangat diperlukan bagi penulis demi kesempurnaan dimasa yang akan datang. Penulis berharap Laporan Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan dapat dikembangkan dalam dunia keperawatan.

Padang, Oktober 2021



Wellia dwi adriyesi , S. Kep

## DAFTAR ISI

<b>PERSETUJUAN LAPORAN ILMIAH AKHIR .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....</b>	<b>ii</b>
<b>RANGKUMAN EKSKLUSIF.....</b>	<b>iii</b>
<b><i>EXCLUSIVE SUMMARY</i> .....</b>	<b><i>iv</i></b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
A. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i> .....	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	7
4. Resiko kelahiran <i>Sectio Caesarea</i> .....	8
5. Jenis operasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	11
6. Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	11
7. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	13
8. Kontraindikasi <i>Sectio Caesarea</i> .....	13
9. Risiko bedah <i>Sectio Caesarea</i> .....	13
10. Komplikasi .....	14
11. Pemeriksaan Penunjang .....	15
12. Perawatan Post op <i>Sectio Caesarea</i> .....	15
B. Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari .....	16
C. Konsep nyeri.....	19
1. Pengertian.....	19
2. Penyebab Nyeri.....	20
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri .....	20

4. Klasifikasi nyeri.....	22
5. Respon Terhadap nyeri .....	23
6. Karakteristik nyeri .....	24
7. Pengukuran Nyeri .....	25
8. Klasifikasi pengalaman nyeri .....	28
9. Manajemen Nyeri .....	29
D. Askep teoritis .....	31
1. Pengkajian Keperawatan.....	31
2. Diagnosa Keperawatan .....	37
3. Perencanaan Keperawatan .....	38
4. Implementasi .....	40
5. Evaluasi.....	40
<b>BAB III PROFIL LAHAN PRAKTIK</b>	
A. Fasilitas yang tersedia.....	42
B. Fasilitas Medis .....	45
C. Fasilitas Umum .....	45
D. Struktur Organisasi & Personalia RSUD Aisyiyah Padang .....	45
<b>BAB IV TINJAUAN KASUS</b>	
A. Biodata.....	48
B. ANALISA DATA .....	56
C. INTERVENSI KEPERAWATAN.....	59
D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.....	61
<b>BAB V TELAAH JURNAL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Telaah Jurnal.....	77
B. Pembahasan .....	83
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	90
B. Saran.....	91
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran janin beserta plasenta yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, baik dengan bantuan atau tanpa bantuan (Mochtar, 2002 dalam Mutmainnah, 2017). Persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps dilakukan operasi sectio caesarea (Oktarina, 2016).

Persalinan sectio caesarea merupakan persalinan buatan, janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus atau rahim (histerektomi), dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin lebih dari 500 gram (Sastrawinata, 2004 dikutip Lubis, 2018). Sectio caesarea umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya (Purwoastuti, 2015).

Dari data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan kelahiran dengan metode persalinan SC di Indonesia sebesar 17,6 % dari seluruh jumlah kelahiran. Persalinan SC di Bali memiliki proporsi terbesar kedua secara nasional sebesar 30.2% dari 67.385 kelahiran.

Laporan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa 17 persen kelahiran hidup dalam 5 tahun sebelum survei dari wanita 15-49 tahun yang dilahirkan melalui proses bedah sectio caesarea. Persentase persalinan dengan bedah sectio caesarea meningkat dari 7 persen pada SDKI 2007 menjadi 17 persen pada SDKI 2017 (Kemenkes, 2018).

Persalinan dengan Sectio Caesarea dapat menyebabkan komplikasi lebih tinggi dibandingkan persalinan normal, diantaranya seperti sesak nafas, nyeri, tidak nafsu makan dan lain-lain. Komplikasi ini dapat menimbulkan beberapa masalah perawatan diantaranya jalan nafas terganggu, nyeri akut, nutrisi kurang dari kebutuhan, terganggunya pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, konstipasi, resiko syok

(hipovolemik), resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan. (Nurarif dan Kusuma, 2015)

Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensorik maupun emosional yang berhubungan dengan resiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, bisa juga karena suatu mekanisme proteksi bagi tubuh timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Andarmoyo, 2015).

Penatalaksanaan farmakologi untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri dengan pemberian analgetik (Yuliatun, 2018). Penatalaksanaan non farmakologis dapat berupa distraksi, relaksasi, imaginary, dan biofeedback (Potter & Perry, 2016). Salah satu penatalaksanaan non farmakologis baru dan belum banyak dikenal oleh banyak orang adalah teknik relaksasi genggam jari (Pratiwi, Susanti, Astuti, 2020).

Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Jari-jari tangan terdapat saluran energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleksi (spontan) pada saat genggamannya. Rangsangan tersebut mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik yang menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Evrianasari, Yosaria & Ermasari, 2019).

Jenis relaksasi ini sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, kemudian akan muncul relaksasi. Mekanisme relaksasi genggam jari ini dijelaskan melalui teori gate control yang menyatakan bahwa stimulasi kutaneous mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat (Potter & Perry, 2015). Efek relaksasi genggam jari mampu membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon

endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Cane, 2019).

Penelitian yang menggunakan teknik relaksasi genggam jari adalah Pinandita, dkk (2012) yang menyatakan terdapat perbedaan penurunan skala nyeri rata-rata sebesar 4,88% pada pasien kelompok eksperimen yang mendapat perlakuan relaksasi genggam jari selama 3-5 menit berturut-turut sebanyak 3 kali. Dan hasilnya teknik relaksasi genggam jari dapat menurunkan nyeri pasien post operasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Dina dan Ira (2017) nyeri sebelum kelompok kasus dan kelompok control rata-rata adalah nyeri berat dengan skala 6-7. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Misnawati (2018) menunjukkan bahwa pasien post operasi mengalami nyeri berat terkontrol sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari, setelah perlakuan teknik tersebut pasien yang mengalami nyeri berat terkontrol berubah menjadi nyeri ringan. Hasil uji statistic adanya hubungan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post section caesarea.

hasil penelitian Novia (2020) bahwa skala nyeri sebelum dilakukan Teknik Relaksasi Genggam Jari adalah 5,97 dengan nilai nyeri terendah adalah 3 dan tertinggi adalah 9. Sedangkan nilai rata-rata nyeri pada Post Operasi Sectio Caesarea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Genggam Jari adalah 3,33 dengan nilai nyeri terendah adalah 1 dan tertinggi adalah 7. Hasil uji t-test diperoleh nilai p-value 0,000. Artinya terdapat perbedaan skala nyeri pada ibu post sectio sebelum dan sesudah dilakukan teknik genggam jari.

Hasil penelitian Astutik (2017), menunjukkan sebelum pemberian relaksasi genggam jari mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 13 responden (65 %). setelah pemberian relaksasi genggam jari sebagian besar mengalami nyeri ringan sebanyak 12 responden (60 %). Didapatkan p value =  $0,001 \leq \alpha = 0,05$ . Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post sectio caesarea di ruang Delima RSUD Kertosono.

Dari data yang di dapatkan dari rumah sakit RSU Aisyiyah padang terdapat pada bulan agustus ada ± sebanyak 50 orang pasien yang melahirkan

melalui section caeserae dan pada bulan september ada ±sebanyak 65 pasien yang melahirkan melalui section caeserae (perawat kebidanan RSUD aisyiyah padang, 2021)

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan “asuhan keperawatan pada ny.a dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri di RSUD aisyiyah padang “.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas maka penulis akan memberikan “asuhan keperawatan pada ny.a dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri di RSUD aisyiyah padang”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengaplikasikan perawatan dalam “asuhan keperawatan pada ny.Z dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri di RSUD aisyiyah padang”.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada ibu dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.
- b. Melakukan diagnosa keperawatan pada ibu dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.
- c. Melakukan rencana keperawatan pada ibu dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.
- d. Melakukan tindakan pada ibu dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada ibu dengan post section caesarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Teoritis

###### a. Bagi penulis

Sebagai sarana dalam mengaplikasikan Ilmu Keperawatan maternitas yang telah di dapat dari institusi selama proses pendidikan

##### 2. Praktis

###### a. Bagi institusi pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat memperkaya pengetahuan dengan memperbanyak membaca referensi tentang asuhan keperawatan maternitas dengan post section ceasarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri

###### b. Bagi Mahasiswa

Penulisan ini diharapkan bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan sebagai sumber informasi untuk menambah wawasan dan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan maternitas dengan post section ceasarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea***

##### **1. Pengertian**

*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (amru sofian,2012).  
*Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatann pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Andarmoyo, S. 2018).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

## 2. Etiologi

### 1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin / panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, Plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I – II, komplikasi kehamilan yang disertai penyakit ( jantung, DM ). Gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya).

### 2) Etiologi yang berasal dari janin

fetal distress / gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. (Nurarif & Hardhi, 2015).

## 3. Patofisiologi

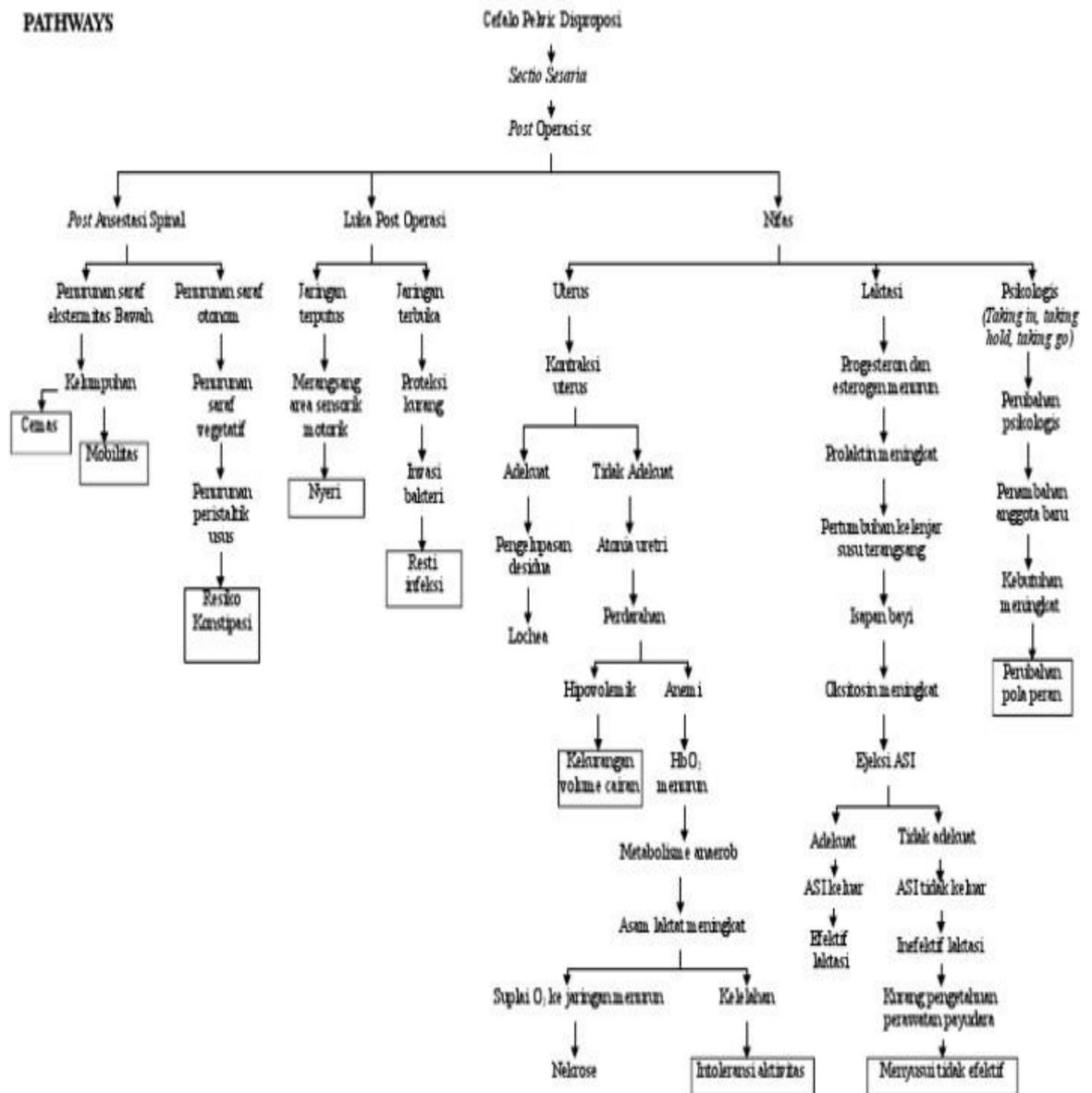
Terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan

tindakan *Sectio caesarea*, bahkan sekarang *Sectio caesarea* menjadi salah satu pilihan persalinan (Sugeng, 2015).

Adanya beberapa hambatan ada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, misalnya plasenta previa, rupture sentralis dan lateralis, pannggul sempit, partus tidak maju (partus lama), pre-eklamsi, distokksia service dan mall presentasi janin, kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami mobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah deficit perawatan diri. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasii, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Oktavia, 2016).



## PATHWAYS



Sumber : (Sugeng, 2015).

#### 4. Resiko kelahiran Sectio Caesarea

Melahirkan dengan cara *Sectio Caesarea* sudah populer. Namun demikian, demikian, secara obyektif kita perlu menimbang untung dan ruginya adapun resiko *Sectio Caesarea* adalah :

- 1) Resiko jangka pendek
  - a) Terjadi infeksi

Infeksi luka akibat persalinan *Sectio caesarea* beda dengan luka persalinan normal. Luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat, sedangkan luka Cesar lebih besar dan berlapis-lapis. Ada sekitar 7 lapisan mulai dari kulit perut sampai dinding Rahim, yang setelah operasi selesai, masing-masing lapisan dijahit tersendiri. Jadi bisa ada 3 sampai 5 lapis jahitan. Apabila penyembuhan tidak sempurna, kuman akan lebih mudah menginfeksi sehingga luka menjadi lebih parah. Bukan tidak mungkin dilakukan penjahitan ulang.

Kesterilan yang tidak terjaga akan mengundang bakteri penyebab infeksi. Apabila infeksi ini tak tertangani, besar kemungkinan akan menjalar ke organ tubuh lain, bahkan organ-organ penting seperti otak, hati dan sebagainya bisa terkena infeksi yang berakibat kematian. Disamping itu infeksi juga dapat terjadi pada Rahim. Infeksi Rahim terjadi jika ibu sudah kena infeksi sebelumnya, misalnya mengalami pecah ketuban. Ketika dilakukan operasi, Rahim pun terinfeksi. Apa lagi jika antibiotik yang digunakan dalam operasi tidak cukup kuat. Infeksi bisa dihindari dengan selalu memberikan informasi yang akurat kepada dokter sebelum keputusan tindakan cesar diambil.

b. Kemungkinan terjadi keloid

Keloid atau jaringan parut muncul pada organ tertentu karena pertumbuhan berlebihan. Sel-sel pembentuk organ tersebut. Ukuran sel meningkat dan terjadilah tonjolan jaringan parut. Perempuan yang punya kecenderungan keloid tiap mengalami luka niscaya mengalami keloid pada sayatan bekas operasinya. Keloid hanya terjadi pada wanita yang memiliki jenis penyakit tertentu. Cara mengatasinya adalah dengan memberikan informasi tentang segala penyakit yang ibu derita sebelum kepastian tindakan *Sectio caesarea* dilakukan. Jika memang harus menjalani

*Sectio caesarea* padahal ibu punya potensi penyakit demikian tentu dokter akan memiliki jalan keluar, misalnya diberikan obat-obatan tertentu melalui infus atau langsung diminum sebelum atau sesudah *Sectio caesarea*.

c. Perdarahan berlebihan

Resiko lainnya adalah perdarahan. Memang perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Misalnya plasenta lengket tak mau lepas. Bukan tak mungkin setelah plasenta terlepas akan menyebabkan perdarahan. Darah yang hilang lewat *Sectio caesarea* sebih sedikit dibandingkan lewat persalinan normal. Namun dengan tehnik pembedahan dewasa ini perdarahan bisa ditekan sedemikian rupa sehingga sangat minim sekali. Darah yang keluar saat *Sectio caesarea* adalah darah yang memang semestinya keluar dalam persalinan normal. Keracunan darah pada *Sectio caesarea* dapat terjadi karena sebelumnya ibu sudah mengalami infeksi. Ibu yang di awal kehamilan mengalami infeksi Rahim bagian bawah, berarti air ketubannya sudah mengandung kuman. Apabila ketuban pecah dan didiamkan, kuman akan aktif sehingga vagina berbau busuk karena bernanah. Selanjutnya, kuman masuk ke pembuluh darah sehingga operasi berlangsung, dan menyebar ke seluruh tubuh.

2) Resiko jangka panjang

Resiko jangka panjang dari *Setio caesarea* adalah pembatasan kehamilan. Dulu, perempuan yang pernah menjalani *Setio caesarea* hanya boleh melahirkan 3 kali. Kini, dengan tehnik operasi yang lebih baik, ibu memang boleh melahirkan lebih dari itu, bahkan smapai 4 kali. Akan tetapi tentu bagi keluarga zaman sekarang pembatasan itu tidak terlalu bermasalah karena setiap keluarga memang dituntut membatasi jumlah kelahiran sesuai progam KB nasional. (Indiarti dan Wahyudi, 2014).

**5. Jenis operasi *Setio Caesarea***

1) Jenis operasi *Setiocaesarea* :

*Setio caesarea* abdomen

*Setio caesarea* transperitonealis

2) *Setio caesarea vaginalis* :

Menurut arah sayatan pada Rahim, *Setiocaesarea* dapat dilakukan sebagai berikut :

a. Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig

b. Sayatan melintang (transversal) menurut *kerr*

c. Sayatan huruf T (T-Incision)

3) *Setiocaesarea* klasik (Corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low cervical transfersal) kira-kira sepanjang 10 cm tetapi saat ini tehnik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlekatan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4) *Setiocaesarea ismika* (profunda)

dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah Rahim (low servical transfersal) kira-kira sepanjang 10 cm

6. **Klasifikasi *Setio Caesarea***

Klasifikasi *Sectio Caesarea* menurut (Hary Oxorn dan Wiilliam R. Forte, 2010).

## 1) Segmen bawah : Insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga Rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan obstetric.

## 2) Segmen bawah : Insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada

bayi.

3) *Sectio Caesarea* klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding anterior uterus dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hamper sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *Sectio Caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmenn bawah.

4) *Sectio Caesarea Extraperitoneal*

pembedahan *Extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegahh peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Extraperitoneal*, seperti metode Waters, Latzko, dan Norton, T. tehnik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan isidensi cedera vesica urinaria meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

5) *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesarea* yang dilanjutkan denngan pengeluaran uterus. Jika mmuungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (histerektomi total). Akan tetapi, karena pembedahan subtoral lebih mmudah dan dapatt dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan subtoral menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

**7. Indikasi Sectio Caesarea**

1) Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatua disertai ada kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung-DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Jitowiyono, 2010).

**8. Kontraindikasi Sectio Sesarea**

Sectio sesarea tidak boleh dikerjakan kalau ada keadaan berikut ini :

- 1) Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan.
- 2) Kalau jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caesarea extraperitoneal* tidak tersedia.
- 3) Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadai

**9. Risiko bedah *Sectio Caesarea***

Resiko atau efek samping melahirkan *Sectio Caesarea* mencakup :

- 1) Masalah yang muncul akibat bius yang digunakan dalam pembedahan dan obat-obatan penghilang nyeri sesudah bedah *Setiocaesarea*.
- 2) Peningkatan insidensi infeksi dan kebutuhan akan antibiotic.
- 3) Perdarahan yang lebih berat dan peningkatan resiko perdarahan yang dapat menimbulkan anemia atau memerlukan tranfusi darah.
- 4) Rawat inap yang lebih lama, yang meningkatkan biaya persalinan.

- 5) Nyeri pascabedah yang berlangsung berminggu-minggu atau berbulan-bulan dan membuat sulit merawat diri sendiri, merawat bayi, ataupun kakak-kakaknya.
- 6) Resiko timbulnya masalah dari jaringan parut atau perlekatan diidalam perut.
- 7) Kemungkinan cederanya organ-organ lain (usus besar atau kandung kemih) dan resiko pembentukan bekuan darah dikaki dan daerah panggul.
- 8) Peningkatan resiko masalah pernapasan dan temperatur untuk bayi baru lahir.
- 9) Tingkat kemandulan yang lebih tinggi disbanding pada wanita dengan melahirkan lewat vagina.
- 10) Peningkatan resiko plasenta previa atau plasenta yang tertahan pada kehamilan berikutnya.
- 11) Peningkatan kemungkinan harus dilakukannya bedahh Caesar pada kehamilan berikut. (Penny, dkk 2008).

#### 10. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin muncul dari tindakan *Sectio Caesarea* adalah komplikasi pembiusan, perdarahan pasca operasi *Sectio Caesarea*, syok perdarahan, obstruksi usus, gangguan pembekuan darah, dan cedera organ abdomen seperti usus, ureter, kandung kemih, pembuluh darah. Pada *Sectio Caesarea* juga bisa terjadi infeksi sampai sepsis apalagi pada kasus dengan ketuban pecah dini. Dapat juga terjadi komplikasi pada bekas luka operasi (Anggi, 2011).

Hal yang sangat mempengaruhi atau komplikasi pasca operasi yaitu infeksi jahitan pasca *Sectio Caesarea*, infeksi ini terjadi karena banyak factor, seperti infeksi intrauteri, adanya penyakit penyerta yang berhubungan dengan infeksi misalnya, abses tuboofaria, apendiksitis akut/perforasi. Diabetes mellitus, gula darah tidak terkontrol, kondisi imunokompromised misalnya, infeksi HIV, Tuberkulosis atau sedang mengkonsumsi kortikosteroid jangka panjang, gisi buruk, termasuk

anemia berat, sterilitas kamar operasi dan atau alat tidak terjaga, alergi pada materi benang yang digunakan dan kuman resisten terhadap antibiotic. Akibat infeksi ini luka bekas *Sectio Caesarea* akan terbuka dalam minggu pertama pasca operasi. Terbukanya luka bisa hanya kulit dan subkulit saja, bisa juga sampai fascia yang disebut dengan bust abdomen. Umumnya, luka akan bernanah atau ada eksudat dan berbahaya jika dibiarkan karena kuman tersebut dapat menyebar melalui aliran darah. Luka yang terbuka akibat infeksi itu harus dirawat, dibersihkan dan dilakukan kultur dari cairan luka tersebut. (Valleria, 2012).

#### 11. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 2) Pemantauan EKG
- 3) JDL dengan diferensial
- 4) Elektrolit
- 5) Hemoglobin/Hematokrit
- 6) Golongan Darah
- 7) Urinalis
- 8) Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- 9) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi.
- 10) Ultrasound sesuai pesanan. (Tucker, Susan martin, 1998. Dalam buku Aplikasi Nanda 2015).

#### 12. Perawatan Post op Sectio Caesarea

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko *Setiocaesarea*. Bangsal persalinan adalah tempat untuk memulihkan dan perawatan. Fasilitas perawatan intensif atau ketergantungan tinggi harus siap tersedia dirumah sakit yang sama. Perawatan umum untuk semua ibu meliputi :

- 1) Kaji tanda-tanda vital dengan interval diats (15 menit). Pastikan kondisinya stabil.
- 2) Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan jumlah lokea.

- 3) Pertahankan keseimbangan cairan.
- 4) Pastikan analgesia yang adekuat.
- 5) Penggunaan analgesia epidural secara kontinu sangat berguna
- 6) Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *Section Caesarea*, misalnya kondisi medis seperti diabetes.
- 7) Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
- 8) Sebelum pemulangan harus diberikan kesempatan yang sesuai dengan keadaan dan jawab pertanyaan-pertanyaan pasien.
- 9) Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pasca melahirkan guna memastikan penyembuhan total, mendiskusikan kehamilan berikutnya dan memastikan tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya. (Fraser, 2012)

## **B. Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari**

### **a. Definisi Teknik Relaksasi Genggam Jari**

Teknik genggam jari ini berasal dari sebuah praktik penyembuhan kuno yang berasal dari Jepang yang dikenal sebagai Jin Shin Jyutsu. Guru Jiro Murai adalah seorang penyembuh dan ilmuwan Jepang yang menemukan kembali praktik penyembuhan kuno Jin Shin Jyutsu di awal abad-20. Seorang praktisi Jin Shin Jyutsu menggunakan kedua tangan untuk memegang kombinasi (SEL). Ada sekitar 26 poin SEL (Safety Energi Locks) sepanjang jalur energi. Saat jalur menjadi terhambat energi menjadi stagnan. Hal ini pada awalnya mempengaruhi daerah stagnasi namun berpotensi menimbulkan ketidakseimbangan di sepanjang keseluruhan jalur (Febrianty, 2018).

Menggenggam jari merupakan latihan dasar Jin Shin Jyutsu yang sangat sederhana namun mendalam. Karena begitu banyak jalur energi Jin Shin Jyutsu berjalan melalui jari-jari (sepuluh jari dikatakan mengatur 14.400 fungsi didalam tubuh). Menggenggam jari merupakan cara untuk menyeimbangkan dan menyelaraskan energi di seluruh tubuh.

Menggenggam jari merupakan cara untuk menyeimbangkan dan menyalurkan energi di kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung jantung dan usus kecil. Dengan melakukan genggam pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stress (Febrianty, 2018)

b. Mekanisme

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebi dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari. Hal itu akan membuat intensitas nyeri berubah akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggam, diproses menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphen untuk mengurangi nyeri (Pinandita, 2012). Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati (Dewi, P. 2018).

Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 2-3 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggam pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustrasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan erat dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek

relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Dengan melakukan genggam pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stress



Gambar 2.3

Saat relaxasi genggam jari akan dihasilkan impuls yang dikirim melalui saraf aferon non nosiseptor sebagai counter stimulasi dari rasa nyeri di korteks serebri, menyebabkan intensitas nyeri berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang terlebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak

c. Hubungan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio

Berdasarkan dari beberapa penelitian yang dilakukan, didapatkan hasil bahwa pasien post operasi sectio yang dilakukan teknik relaksasi genggam jari mengalami penurunan intensitas nyeri.. Sesuai dengan Liana (2018) yang mengemukakan bahwa menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan

titik-titik keluar dan masuknya energy pada meredian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju syaraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi membuat pasien mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. elaksasi juga dapat menurunkan kadar hormone stress cortisol, menurunkan sumber-sumber depresi dan kecemasan, sehingga nyeri dapat terkontrol dan fungsi tubuh semakin membaik (Liana, E. 2018)

### C. Konsep nyeri

#### 1. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (*International Association Study of Pain*): yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda, 2015).

*International Association for the Study of Pain* (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Andarmoyo, S. 2018).

#### 2. Penyebab Nyeri

Menurut (Asmadi, 2019) penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu :

##### 1) Penyebab fisik

- a Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

- b. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadi tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri.
- c. Peradangan menimbulkan nyeri karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri.

## 2) Penyebab psikologis

Nyeri disebabkan karena faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

## 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut prasetyo (2010), factor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri antara lain :

### 1) Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan dalam mengucappkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tuanya ataupun kepada perawat. Sebagian anak terkadang tidak mau untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang dia alami,

mereka takut akan tindakan perawat yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia seorang perawat melakukan pengkajian rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala gangguan abdomen.

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam respon terhadap nyeri. Hanya berbeda budaya yang menganggap bahwa seorang laki-laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri.

3) Kebudayaan

Perawat seringkali berasumsi bahwa cara respon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga mereka mencoba mengira bagaimana pasien respon terhadap nyeri. Suatu ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya

4) Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri yang hebat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing-masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri sebagai tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar, dan lain-lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

5) Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi

persepsi nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guide imagery*), dan masase.

6) Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyerinya.

7) Dukungan keluarga dan social

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

**4. Klasifikasi nyeri**

Klasifikasi nyeri menurut prasetyo (2010), umumnya dibagi 2, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

1) Nyeri akut

merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan, dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

2) Nyeri kronis

Merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan psikomatik.

Perbedaan nyeri akut dan kronis :

a. Nyeri akut

- 1) Pengalaman : suatu kejadian
- 2) Sumber : sebab eksternal atau penyakit dari dalam
- 3) Serangan : mendadak
- 4) Waktu sampai 6 bulan

- 5) Pernyataan nyeri : daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti
- 6) Gejala-gejala klinis : pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas
- 7) Pola : terbatas
- 8) Perjalanan : biasanya berkurang setelah beberapa saat

b. Nyeri kronis

- 1) Pengalaman : suatu situasi, status eksistensi
- 2) Sumber : tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
- 3) Serangan : bisa mendadak, berkembang dan terselubung
- 4) Waktu lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
- 5) Pernyataan nyeri : daerah nyeri sulit dibedakan sehingga sulit dievaluasi
- 6) Gejala-gejala klinis : pola respons yang bervariasi sedikit gejala-gejala (adaptasi)
- 7) Pola : berlangsung terus dapat bervariasi
- 8) Perjalanan : penderitaan meningkat setelah beberapa saat

5. **Respon Terhadap nyeri**

Respon tubuh terhadap nyeri adalah sebuah proses kompleks dan bukan sebuah kerja spesifik. Respon tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik merespon, menyebabkan respon melawan atau menghindar. Apabila nyeri terus berlanjut, tubuh beradaptasi ketika sistem saraf parasimpatik mengambil alih, membalik banyak respons fisiologis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri. Reseptor nyeri actual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar tentang nyeri

melalui aktifitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespon terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri seperti, analgetic, pijat dan olahraga. Sebuah reflek proprioseptif juga terjadi dengan stimulus reseptor nyeri. Impuls berjalan menelusuri serabut nyeri sensori ke medula spinalis. Di medula spinalis impuls bersinapsis dengan neuron motoric dan impuls berjalan kembali melalui keserabut motoric otot didekat tempat nyeri. Kemudian otot berkontraksi dalam upaya protektif, misalnya saat seseorang menyentuh kompor panas, secara reflex tangan ditarik dari kompor panas bukan sebelumnya orang tersebut menyadari adanya nyeri (prasetyo, 2010).

#### 6. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan lokasi nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama/periodenya (terus menerus, hilang timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau supervisial, atau bahkan seperti digencet).

Karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST, P *Provocate*, Q *Quality*, R *Region*, S *Scale*, T *Time*.

- 1) P *Provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan factor psikologisnya, karena bisa terjadi terjadinya nyeri hebat karena dari factor psikologis bukan dari lukanya.
- 2) Q *Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti di gencet.
- 3) R *Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerahh yang dirasakan

tidak nyaman. Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan daerah yang nyerinya minimal sampai kearah nyeri yang sangat. Namun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.

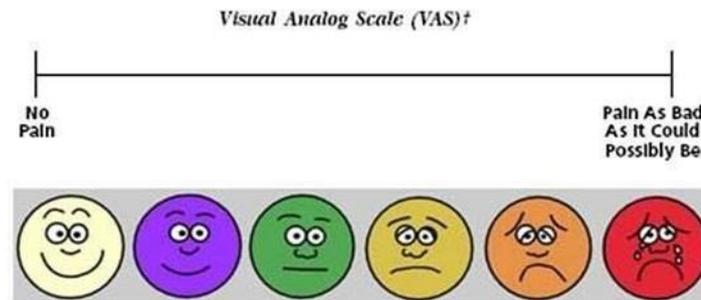
- 4) *S Scale*, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala nyeri yang sifatnya kuantitas.
- 5) *T Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh, dan lain-lain (prasetyo, 2010).

## 7. Pengukuran Nyeri

- 1) Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala liner ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter.

Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pertanyaan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala bisa dibuat vertical atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motoric serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 2.2 Skala Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

2) Verbal Rating Scale (VRS)

Ujung ekstrim juga digunakan pada skala ini. Sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala numeric verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

**Verbal Rating Scale**

**0 = NO PAIN**

**0 = NO PAIN**

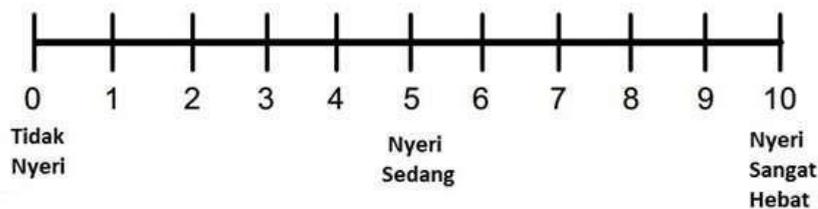
**10 Worst Possible Pain 100 = Worst Possible Pain**

Gambar 2.3 Skala Nyeri *Verbal Rating Scale*

3) *Numeric Rating Scale* (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah

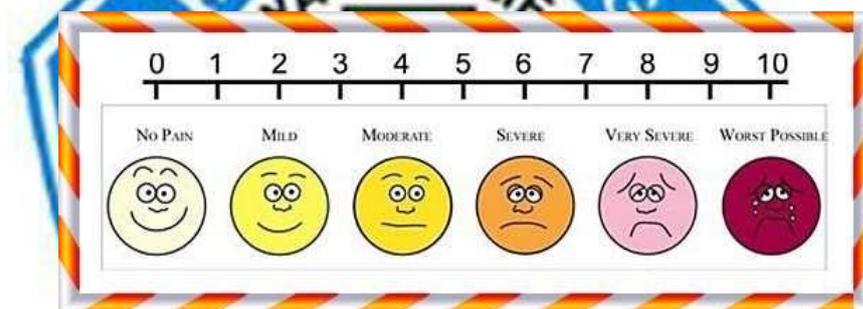
keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic.



Gambar 2.4 Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)

#### 4) *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat



menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka

Gambar 2.5 Skala Nyeri *Wong Baker Pain Rating Scale*

- a) **Skala 0**, tidak nyeri
- b) **Skala 1**, nyeri sangat ringan
- c) **Skala 2**, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit
- d) **Skala 3**, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi
- e) **Skala 4**, nyeri cukup mengganggu (contoh: nyeri sakit gigi)
- f) **Skala 5**, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
- g) **Skala 6**, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan

- h) **Skala 7**, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas
- i) **Skala 8**, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku
- j) **Skala 9**, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
- k) **Skala 10**, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri.

### 8. Klasifikasi pengalaman nyeri

Fase nyeri pasien adalah antisipatori, sensasi, atau akibat (*aftermath*). Dengan mengetahui fase nyeri dapat memahami gejala yang pasien alami dan jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri.

#### 2) Fase Antisepatori (terjadi sebelum nyeri diterima)

Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dapat memberikan informasi pada pasien.

#### 3) Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Pasien bereaksi terhadap nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri merupakan titik yaitu terdapat suatu ketidakinginan untuk menerima nyeri dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi dan durasi yang lebih lama. Toleransi bergantung pada sikap, motivasi, dan nilai yang diyakini seseorang. Pasien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri mampu menahan nyeri tanpa bantuan (Potter dan Perry, 2012).

#### 4) Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang dan berhenti)

Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang (Potter dan Perry, 2012).

## 9. Manajemen Nyeri

### 1) Metode Farmakologi

Metode farmakologi merupakan suatu metode penanganan nyeri dengan menggunakan obat-obatan atas intruksi medis. Analgetika digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri tanpa disertai hilangnya perasaan total sehingga seseorang yang memperoleh pengobatan ini tetap berada dalam keadaan sadar . Anastesi atau pembiusan menyebabkan hilangnya kesadaran secara total. Diperlukan perhatian dan kehati-hatian dalam memberikan terapi tersebut. Karena dapat mempengaruhi otak dan sistem saraf pusat, yang menyebabkan insensitivitas secara umum terhadap stimulus dan berbagai tingkat relaksasi

### 2) Metode Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan untuk menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan obat-obatan. Praktisi kesehatan dapat menggunakan terapi non farmakologi dalam penanganan nyeri pasien.

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Masase dapat dilakukan dengan cara menekan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon atau ligamentum tanpa merubah posisi sendi untuk meredakan nyeri. Tindakan ini dianggap “menutup gerbang” untuk menghambat perjalanan rangsang nyeri pada sistem saraf pusat.

Imaginasi terbimbing merupakan bentuk pengalihan fasilitator yang mendorong pasien untuk mengalihkan perhatian menjauhi nyeri. Pasien menciptakan kesan dalam pikirannya, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga dengan demikian secara bertahap diharapkan nyeri akan berkurang.

Distraksi (pengalihan nyeri) dapat digunakan dalam upaya meminimalkan nyeri. Salah satunya adalah dengan mendengarkan

musik. Musik dapat memberikan energi dan membawa perintah melalui irama sehingga musik dengan tempo yang tepat dapat membantu pasien untuk mengatur pernafasannya selama nyeri (Laily. 2018)

a. Prosedur Menurut Wong (2018) terdapat prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari dilakukan selama 10 menit dengan tahapan antara lain :

- 1) Meminta persetujuan pasien
- 2) Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- 3) Siapkan lingkungan yang tenang
- 4) Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- 5) Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- 6) Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai dan berikan privasi pada pasien
- 7) Kaji skala nyeri pasien dan dokumentasikan hasil
- 8) Pasien dalam posisi berbaring di tempat tidur
- 9) Perawat duduk disamping pasien
- 10) Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot
- 11) Menjelaskan tindakan dan tujuan dilakukannya teknik relaksasi genggam jari
- 12) Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
- 13) Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih 2-3 menit
- 14) Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama
- 15) Sesi selesai dengan menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien
- 16) Mendokumentasikan respon pasien

## D. Askep teoritis

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2019).

#### 1) Identitas atau biodata Klien

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

#### 2) Riwayat kesehatan

##### a. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien postpartum adalah nyeri seperti ditusuk-tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan perineum (Mohamed & Saied, 2012).

##### b. Riwayat penyakit sekarang

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba/perlahan, lokasi, obat yang diiminum, dan cara penanggulangan (Suratun, 2008).

##### c. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

##### d. Riwayat seksualitas/reproduksi

Kebanyakan klien enggan diajak untuk berhubungan dengan pasangan. Frekuensi untuk melakukan hubungan juga berkurang, karena pasien masih merasakan sakit pada area bekas operasi.

1) Usia menarcho, siklus haid, lama haid, haid terakhir.

2) Masalah dalam menstruasi, apakah ibu pernah pap smear.

3) Penggunaan kontrasepsi sebelumnya (IUD, suntik, implant, oral)

4) Riwayat reproduksi

3) Pengkajian psikososial

Pengkajian factor emosional, perilaku, dan social pada masa pascapartum memungkinkan perawat mengidentifikasi kebutuhan ibu dan keluarga terhadap dukungan, penyuluhan, dan bimbingan antisipasi, respons mereka terhadap pengalaman kehamilan dan persalinan dan perawatan pascapartum dan faktor-faktor yang memengaruhi pengembangan tanggung jawab menjadi orang tua baru. Perawat juga mengkaji pengetahuan dan kemampuan ibu yang terkait dengan perawatan diri, perawatan bayi baru lahir, dan pemeliharaan kesehatan serta perasaan tentang diri dan gambaran dirinya.

4) Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari pasca partum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh  $38^{\circ}\text{C}$  mungkin disebabkan oleh dehidrasi atau karena awal laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas angka ini pada 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi.

Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari pascapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit. Frekuensi diatas 100 kali/menit (takikardi) dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan. Nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi menunjukkan hemoragi, syok, atau emboli. Tekanan darah umumnya tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita pascapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan

pergeseran volume cairan kardiovaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa pascapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari pascapartum (Cunningham, et al, 1993 dalam Sharon J, dkk 2011). Nadi dan tekanan darah diukur setiap 4 sampai 8 jam, kecuali jika ada penyimpangan dari nilai normal sehingga perlu diukur lebih sering

b. Pernafasan

Menurut sholikah (2011) klien post operasi Secticaesarea terjadi peningkatan pernafasan, lihat adanya tarikan dinding dada, frekuensi pernafasan, irama nafas serta kedalaman bernapas.

c. Kepala dan muka

Amati kesimetrisan muka, amati ada atau tidaknya hiperpigmentasi pada wajah ibu (cloasmagravidanum), amati warna dari keadaan rambut, kaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka.

d. Mata

Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri (normal), reflek pupil terhadap cahaya miosis atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

e. Hidung

Amati keadaan septum apakah tepat di tengah, kaji adanya masa abnormal dalam hidung dan adanya skret, kaji adanya nyeri tekan pada hidung.

f. Telinga

Amati kesimetrisan, warna dengan daerah sekitar, ada atau tidaknya luka, kebersihan telinga amati ada tidaknya serumen dan otitis media

g. Mulut

Amati bibir apa ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, warna dan kebersihan gigi.

h. Leher

Amati adanya luka, kesimetrisan dan masa abnormal, kaji adanya distensi vena jugularis, dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

i. Paru-paru

Kesimetrisan bentuk/postur dada, gerakann nafas (frekuensi irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan, kaji pergerrakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus apakah normal kanan dan kiri, perkusi (normalnya berbunyi sonor), kaji bunyi (normalnya kanan dan kiri terdengar vesiiukuler).

j. Caprdiovaskuler

Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur, serta peningkatan tekanan darah.

k. Payudara

Pengkajian payudara selama masa pascapartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Pada 1 sampai 2 hari pertama pascapartum, payudara tidak banyak berubah kecil kecuali skresi kolostrum yang banyak. Pada ibu menyusui, saat ASI mulai diproduksi,

payudara menjadi lebih besar, keras, dan hangat dan mungkin terasa berbenjol-benjol atau bernodul. Wanita sering mengalami ketidaknyamanan dengan awitan awal laktasi. Pada wanita yang tidak menyusui, perubahan ini kurang menonjol dan menghilang dalam beberapa hari. Banyak wanita mengalami pembengkakan nyata seiring dengan awitan menyusui. Payudara menjadi lebih besar dan terasa keras dan tegang, dengan kulit tegang dan mengkilap serta terlihatnya pembesaran vena berwarna biru. Payudara dapat terasa sangat nyeri dan terasa panas saat disentuh.

l. Abdomen

Apakah kembung, asites, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi Sectiocaesarea. (Anggraini, 2010) mengkaji luka jahitan post Sectiocaesarea yang meliputi kondisi luka (melintang atau membujur, kering atau basah, adanya nanah atau tidak), dan mengkaji kondisi jahitan (jahitan menutup atau tidak, terdapat tanda-tanda infeksi serta warna kemerahan pada sekitar area jahitan luka post Sectiocaesarea atau tidak).

m. Ekstermitas bawah

Pengkajian pascapartum pada ekstermitas bawah meliputi inspeksi ukuran, bentuk, kesimetrisan, warna, edema, dan varises. Suhu dan pembengkakan dirasakan dengan palpasi. Tanda-tanda tromboflebitis adalah bengkak unilateral, kemerahan, panas, dan nyeri tekan, biasanya terjadi pada betis. Trombosis pada vena femoralis menyebabkan nyeri dan nyeri tekan pada bagian distal paha dan daerah popliteal.

Tanda homan, munculnya nyeri betis saat gerakan dorsofleksi

n. Genetalia

Melihat kebersihan dari genitalia pasien, adanya lesi atau nodul dan mengkaji keadaan lochea. Lochea yang berbau menunjukkan tanda-tanda resiko infeksi. (Handayani, 2011)

#### 5) Nutrisi

Ibu yang menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari , pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca bersalin, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup , mengonsumsi kapsul vitamin A 9200.000) unit, agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui asinya (Saifuddin, 2001 dalam Siti, dkk 2013). Makanan bergizii terdapat pada sayur hijau, lauk pauk dan buahh. Konsumsi sayur hijau seperti bayam, sawi, kol dan sayur hijau lainnya menjadi sumber makanan bergizi. Untuk lauk pauk dapat memilih daging ayam, ikan, telur, dan sejenisnya.

Ibu post Sectio Caesarea harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas karena gas perut kadang-kadang menimbulkan masalah sesudah Sectio Caesarea. Jika ada gas dalam perut, ibu akan merasakan nyeri yang menusuk. Gerak fisik dan bangun dari tempat tidur, pernapasan dalam, dan bergoyang dikursi dapat membantu mencegah dan menghilangkan gas. (Simkin dkk, 2007 dalam Siti dkk, 2013).

#### 6) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan BAB dan BAK meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta masalah eliminasi (Anggraini, 2010). Pada klien post SC biasanya 2-3 hari mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) hal ini dikarenakan ketakutan akan rasa sakit pada daerah sekitar post operasi, takut jahitan terbuka karena mengejan. (handayani, 2011).

### 7) Pemeriksaan laboratorium\

Untuk mengkaji apakah ada anemia, pemeriksaan hitung darah lengkap, hematokrit atau haemoglobin dilakukan dalam 2 sampai 48 jam setelah persalinan. Karena banyaknya adaptasi fisiologis saat wanita kembali ke keadaan sebelum hamil, nilai darah berubah setelah melahirkan. Dengan rata-rata kehilangan darah 400-500 ml, penurunan 1g kadar haemoglobin atau 30% nilai hematokrit masih dalam kisaran yang diharapkan. Penurunan nilai yang lebih besar disebabkan oleh perdarahan hebat saat melahirkan, hemoragi, atau anemia prenatal.

Selama 10 hari pertama pascapartum, jumlah sel darah putih dapat meningkat sampai 20.000/mm<sup>3</sup> sebelum akhirnya kembali ke nilai normal (Bond, 1993 dalam Sharon J dkk, 2011). Karena komponen selular leukosit ini mirip dengan komponen selular selama infeksi, peningkatan ini dapat menutupi proses infeksi kecuali jika jumlah sel darah putih lebih tinggi dari jumlah fisiologis.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA 2015).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
- 3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

### 3. Perencanaan Keperawatan

Merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat,2018).

No	Diagnose	Noc	Nic
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah dapat diatasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Melaporkan nyeri berkurang</li> <li>• Mampu mengenali nyeri frekuensi dan tanda nyeri</li> <li>• Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>• Menyatakan rasa aman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi genggam jari.)</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</li> </ul>
2	resiko infeksi Kerusakan berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ul>

	<p>dengan prosedur invasif</p> <p>Dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka pot op, tampak bekas operasi <math>\pm</math> 10 cm dibawah perut, luka tampak bersih dan muali mengering</p>	<p>diharapkan masalah dapat diatasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebersihan tangan meningkat</li> <li>• Kebersihan badan meningkat</li> <li>• Nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi jumlah pengunjung</li> <li>• Pertahankan teknik aseptik</li> <li>• Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>• Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> <li>• Kalaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
3	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan pasien mengatakan susah untuk berpindah posisi karena nyeri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah dapat diatasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>• memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>• Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>• Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</li> <li>• Kalaborasi pemberian analgetik</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vital Sign dalam batas normal</li> </ul>	
--	--	---	--

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan atau implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Iyer et al., 1996 dalam buku Nursalam 2008). Implementasi dapat dilakukan seluruhnya oleh perawat, ibu sendiri, keluarga atau tenaga kesehatan yang lain (Saleha, 2009). Menurut Asmadi (2008), implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi 3 kategori :

1. *Independent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
2. *Interdependent*, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerja sama dari tenaga kesehatan lainnya.
3. *Dependent*, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi intermitten dilakukan dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan klien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan. (Wilkins & Williams, 2015). Perumusan

evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan teori)

P : Perencanaan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.



### **BAB III**

#### **PROFIL LAHAN PRAKTIK**

RSU Aisyiyah Padang adalah Rumah Sakit umum milik swasta dan merupakan rumah sakit umum tipe C yang berlokasi di Padang Timur, Kota Padang. RSU Aisyiyah Padang ini memiliki jam operasional selama 24 jam pada hari Senin sampai dengan hari Minggu. Berikut Visi dan Misi RSU Aisyiyah Padang :

## Visi

Rumah Sakit Islam yang dicintai masyarakat.

## Misi

1. Meningkatkan Citra Rumah Sakit yang Islami
2. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas dan Profesional
3. Meningkatkan Tata Kelola Rumah Sakit

Adapun fasilitas yang terdapat di RSUD Aisyiyah Padang antara lain :

### A. Fasilitas yang tersedia

#### 1. Rawat Jalan

- a. UGD, yang berfungsi 24 jam
- b. Poliklinik Umum
- c. Poliklinik Spesialis
- d. Praktek dokter spesialis
  - a) Dokter spesialis kandungan
    - Dr. Ferdinal Ferry, Sp. OG (K)
    - Dr. Yanasta Moendanoë, Sp. OG
  - b) Dokter spesialis gigi
    - Drg. Andelisva
    - Drg. Nurhamidah Darwin
  - c) Dokter spesialis bedah onkologi
    - Prif. Dr. Hazamris, sp.b.onk
  - d) Dokter spesialis jantung
    - Dr. Bobby Arfhan Anwar, Sp.JP
  - e) Dokter spesialis penyakit dalam

42

- Dr. Tries Emnaldy, Sp.PD
- Dr. Lisa Oktamuva, Sp.PD
- f) Dokter spesialis THT
  - Dr. Wahyu Triana, Sp.THT-KL

- g) Dokter spesialis anak
- dr. Sjamsir Daili, Sp.A(K)

## 2. Rawat Inap

Jumlah tempat tidur tersedia yaitu **69 tempat tidur** yang terdiri dari :

- |                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| a. Kelas VIP A  | : 5 tempat tidur  |
| b. Kelas VIP B  | : 4 tempat tidur  |
| c. Kelas I      | : 11 tempat tidur |
| d. Kelas II     | : 6 tempat tidur  |
| e. Kelas III    | : 29 tempat tidur |
| f. Rawat Gabung | : 2 tempat tidur  |
| g. Anak         | : 4 tempat tidur  |
| h. RR           | : 3 tempat tidur  |
| i. VK           | : 2 tempat tidur  |
| j. ICU          | : 3 tempat tidur  |

## 3. Ok / Kamar Operasi + RR + ICU

Sudah dilengkapi dengan alat Laparascopy, Mesin Anasthesi & Monitor serta Fasilitas Endoskopi



## 4. VK / Kamar Bersalin

Untuk Perawatan Bayi / Anak sudah dilengkapi dengan, Incubator, Phototherapy, Suction Pump

## 5. Prosedur medis unggulan RSUD Aisyiyah Padang

RSUD Aisyiyah Padang memiliki beragam prosedur medis unggulan, beberapa diantaranya adalah:

- a. Layanan Inseminasi
- b. Inhalasi (Nebulizer)
- c. Fisioterapi
- d. Terapi Wicara
- e. USG 4D
- f. USG 3D
- g. Senam Hamil
- h. MCU
- i. Fisioterapi
- j. Ekokardiografi
- k. Treadmill test
- l. IPSRS dan Penyehatan Lingkungan
- m. Bimbingan Rohani
- n. Program Rehabilitas

## **6. Penunjang Medis**

- a. Rontgen + USG, ditangani oleh dokter spesialis rontgen
- b. Laboratorium, yang ditangani langsung oleh dokter spesialis patologi klinik
- c. Apotik, yang ditangani langsung oleh Apoteker
- d. Instalasi Gizi dan Konsultasi Gizi.
- e. ECG
- f. Dc Shock
- g. Suction

- h. Sterilisator
- i. Alat Bantuan Jepang : Basic Amputation Instrumens Set, Sigmoidoscope, Palatatoplasty.
- j. Ambulance 2 buah (1 bantuan Jepang) beroperasi 24 jam
- k. Bimbingan Rohani bagi pasien 2 x 1 minggu oleh Ustadz Firdaus AN,M.HI

### 7. Penunjang Umum

Penampungan air, Laundry, ruang pertemuan umum, ruang pertemuan komite medis dan ruang BPH RSU 'Aisyiyah.

#### B. Fasilitas Medis

1. Ambulans
2. IGD
3. Radiologi
4. Laboratorium
5. Apotek
6. Poliklinik

#### C. Fasilitas Umum

Parkir Mobil/Motor

#### D. Struktur Organisasi & Personalia RSU Aisyiyah Padang

1. Badan Pelaksanaan Harian (BPH) RSU 'Aisyiyah Padang

Penasehat	: Ketua PWM Sumbar
Penanggung Jawab	: Dra. Hj. Meiliarni Rusli (Ketua PWA Sumbar)
Ketua	: Dr. Hj. Farida Ilyas
Wakil Ketua	: Hj. Syarlinawati, S.Pd
Sekretaris	: Dr. Fitratul Ilahi, Sp.M
Bendahara	: Prof dr.Hj. Hanifah Ma'ani,Sp.Pk (K)
Anggota	: Drs.H.RB.Khatib Pahlawan Kayo Hj. Abriliyus M

2. Pengelola / Direksi

Direktur : Dr. H. Hadril Basudin, Sp. S, MHA  
 Kabid Penunjang Medik : Dr. Hj. Burmaini  
 Kabid Pel. Medik/ Perawatan : Dr.H. Zubir Yunus  
 Kabag Keuangan & Program : Bachtar, S. Sos  
 Kabag Sekretariat & Umum : Yurni Elasrita, A.Md

### 3. Komite Medik

Ketua : Dr. H. Asril Zahari, SpB. KBD  
 Sekretaris : Dr. Fitratul Ilahi, Sp.M  
 Wakil Sekretaris : Dr. Silvi Korprina

#### Sub Komite

##### a. Sub Komite Kredensial

Ketua : Prof. dr. H. Nuzirwan Acang, Sp.PD.KHOM  
 Anggota : Prof. dr. H. Azamris, Sp.B (K) onk  
 Prof. dr. Hj. Hanifah Taufik, Sp.Pk (K)  
 Dr. H. Nirza Wardo, Sp. THT-KL

##### b. Sub Komite Mutu Profes

Ketua : Dr. Tries Emnaldi, Sp.Pd  
 Anggota : Dr. Emelia Afif, Sp.P  
 Dr. H. Ardian Riza, Sp.OT. M.Kes

##### c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Ketua : Dr. Hj. Eva Chundrayetti, Sp.A ( K )  
 Anggota : Dr. H. Helfial Helmi, Sp.OG  
 Dr. Hj. Rozetti, Sp. Rad  
 Dr. Yose Wizano, Sp.AN  
 Administrasi : Artati Baigas, SH

### 4. Pelaksana

#### a. Staf Medis Full Timer : (7) Orang

- Dokter Umum (4) Orang
- Spesialis Penyakit Dalam (1) Orang
- Spesialis Bedah (1 ) Orang
- Spesialis Syaraf (1) Orang

- b. Staf Medis Part Timer : (25) Orang\
- Dokter Umum (4) Orang
  - Spesialis Penyakit Dalam (2) Orang
  - Spesialis Bedah (2) Orang
  - Spesialis Kandungan & Kebidanan (2) Orang
  - Spesialis Anak (1) Orang
  - Spesialis Mata (2) Orang
  - Spesialis Bedah Tulang (1) Orang
  - Spesialis Syaraf (1) Orang
  - Spesialis Jiwa (1) Orang
  - Spesialis THT (1) Orang
  - Spesialis Paru (1) Orang
  - Spesialis Anastesi (4) Orang
  - Spesialis Radiologi (1) Orang
  - Spesialis Patologi Klinik (2) Orang
  - Dokter Gigi (1) Orang.

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

Nama Mahasiswa : Wellia Dwi Adriyesi, S.Kep

Nim : 2014901044

Ruangan Praktik : Bangsal Maternitas RSUD Aisyiyah Padang

---

#### **A. Biodata**

##### **1. Identitas Klien**

Nama : Ny. Z  
 Tempat tgl lahir/usia : 43 TAHUN  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Pendidikan : SMU  
 Alamat : Jorong gelagah, kel alahan panjang, kec. Lembah gunanti

**2. Suami**

Nama : Tn. i  
 Usia : 46 Tahun  
 Pendidikan : SMU  
 Pekerjaan : wiraswasta  
 Agama : Islam  
 Alamat : Jorong gelagah, kel alahan panjang, kec. Lembah gunanti

**3. Diagnosa dan informasi**

Tanggal Masuk : 19.09.2021  
 Tanggal Pengkajian : 20.09.2021  
 Ruang rawat : RG111  
 Diagnosa Medik : post SC H2/ P6 A0 H6  
 Yang mengirm/merujuk :-  
 Alasan masuk : pasien mengatakan nyeri pada punggung mejalar ke ari-ari, pasien diketahui hamil

**a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

**a) Keluhan utama masuk**

Ny. I datang diantar keluarga melalui Poliklinik RSUD Aisyiyah Padang pada tanggal 19 september 2021 jam 12.00 dengan keluhan nyeri pada punggung mejalar ke ari-ari.

**b) Keluhan saat ini**

Pada saat Dilakukan pengkajian pada tanggal 20 september 2021 jam 10.00 pasien mengeluh nyeri pada luka post op

P :Nyeri Pada Luka Post Op

Q :Seperti Ditusuk Tusuk

R :Perut Bawah Bagian Operasi

S :6

T :Ketika Bergerak 2-5 menit

Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi

Pasien mengatakan merasalemah

Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga

Pasien mengataka belum bias bergerak sendiri

Klien tampak meringis, Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang  $\pm 10$  cm

Pasien tampak sesekali memegang luka post op dengan tangan, Terdapat luka post op di perut sepanjang  $\pm 10$  cm, Luka tampak bersih dan mulai kering, Leukosit= 11.500/mm, Pasien tampak susah untuk duduk dan berdiri, Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga

**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun

**c. Riwayat kesehatan keluarga**

pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

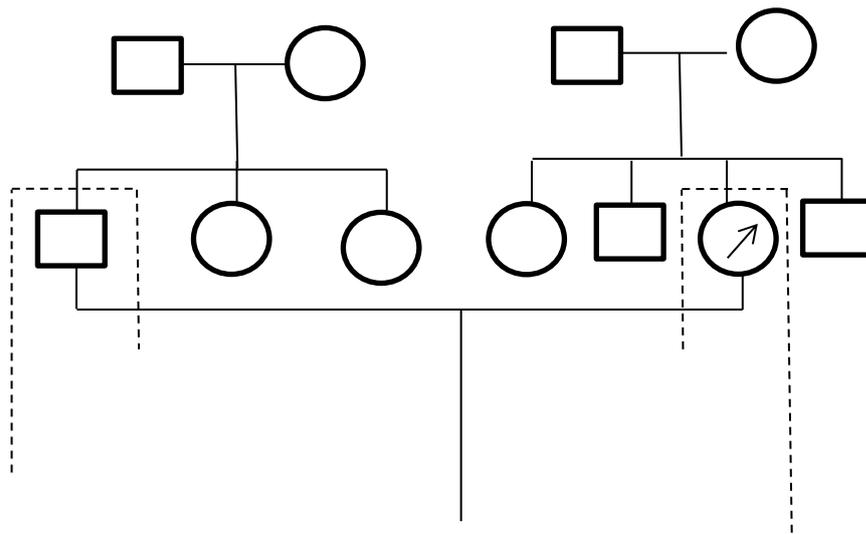
**d. Riwayat haid**

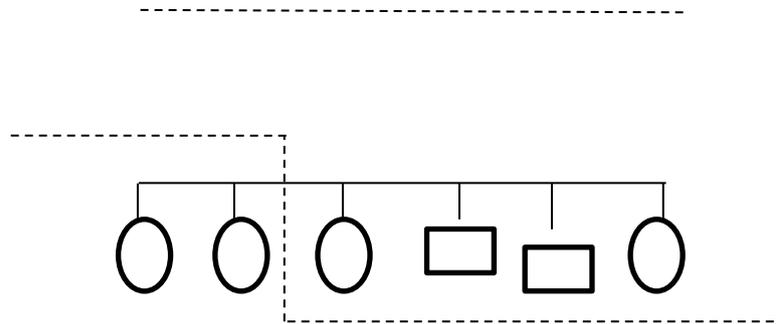
- a) Pertama haid : 9 bulan yanglalu
- b) Siklus : teratur
- c) Banyak :1-2 x ganti pembalut
- d) Warna :merah

- e) Bau :khas darah
  - f) Disminore :tidak ad
- e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu**  
**G: 6 P:6 A:0 H:6**

No	Tgl/thn persalinan	Tempat persalinan	Cara persalinan	ditolon g	Anak jenis	bb	nifas	Keadaan anak sekarang
1	03.01.1995	Dukun kampung	Normal	Dukun	Laki-laki	3000 g	± 40 hari	Sehat
2	15.06.1998	puskesmas	Normal	bidan	Laki-laki	2900 g	± 40 hari	Sehat
3	27.01.2002	puskesmas	Normal	bidan	Laki-laki	2800 g	±35 hari	Sehat
4	01.05.2009	Rsud padang panjang	Normal	bidan	perempuan	3100 g	±35 hari	Sehat
5	01.05.2015	Rsud padang panjang	Normal	bidan	perempuan	2800 g	±40 hari	Sehat
6	19.09.2021	Rsu aisyiyah padang	Operasi	Dokter	perempuan	2000 g	±belum diketahui	Sehat

**Genogram**





### Keterangan



Ny.Z tinggal bersama suami dan anak yang ke 3,4,5 dan 6, sedangkan anak no 1 dan 2 sudah menikah dan mempunyai rumah sendiri, pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suaminya yaitu Tn.I, pola asuh dalam keluarga cukup baik, dan hubungan antar anggota keluarga terjalin rukun.

### f. Riwayat persalinan sekarang

- Jenis persalinan : operasi
- Ditolong oleh : dokter
- Jenis kelamin bayi : perempuan
- Panjang dn bb : 47,5/2800 gram
- Apgar skore : 7/8
- Lama persalinan : kurang lebih 90 menit
- Keadaan ketuban : jernih
- Komplikasi persalinan : tidak ada

### g. Data keluarga berencana

- Pernah ikut kb : tidak pernah

b) Rencana kb sekarang :belum ada

### 5. Data psikologis

- a. Kehamilan yang lalu:  
diinginkan
- b. Kehamilan yang sekarang:  
diinginkan,disusui rencana kurang lebih 1,5 tahun
- c. Dukungan suami untuk menyusui:  
ada
- d. Interaksi antara ibu dn bayi serta suami:  
baik

### 6. Data spiritual

Pasien mengatakan kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu, berpuasa dan membayar zakat

### 7. Data sosial ekonomi

Pasien mengatakan Alhamdulillah ekonominya cukup untuk kebutuhan sehari-hari

### 8. Aktivitas sehari – hari

- a. Dapat menolong diri sendiri
- b. Ditolong dengan bantuan minimum
- c. Ditolong dengan bantuan maksimum
- d. Nafsu makan
- e. Makan /minum
- f. Istirahat dan pola tidur
- g. Personal hygiene

No	Dirumah	Dirumah sakit
a	Dapat menolong diri sendiri	Kurang dapat menolong diri sendiri
b	Ditolong dengan bantuan minimum	Diri sendiri
c	Ditolong dengan bantuan maksimum	Diri sendiri

d	Nafsu makan baik	Nafsu makan baik
e	Makan dan minum teratur 3x sehari	Makan 3x sehari minum kurang lebih 2000 cc/hari
f	Istirahat malam teratur mulai jam 21.00-05,00 wib Istirahat siang jam 11.00-13.00	Kurang bisa tidur karena nyeri post op , tidur kurang lebih hanya 5 jam, itupun sering terbangun
g	Personal hygiene mandiri	Dibantu oleh suami

### 9. Pemeriksaan Fisik

- 
- a. Keadaan umum : baik  
Kesadaran : Compos Mentis  
Tanda tanda vital  
Tekanan darah : 125/80 MmHg  
Denyut nadi : 110x/menit  
Suhu : 37,4  
Pernafasan : 26x/ menit
- b. Kulit : sawo matang, CRTK < 2 detik
- c. Kepala  
Inspeksi : rambut pendek, dan lepek  
Palpasi : Tidak ada lesi ataupun massa
- d. Muka  
Inspeksi : Bentuk simetris  
Palpasi : Tidak ada benjolan
- e. Mata  
Inspeksi : Mata cekung, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik  
Palpasi : tidak ada peradangan
- f. Mulut  
Inspeksi : Bentuk normal, mukosa mulut kering
- g. Leher

- Inspeksi : Bentuk simetris
- Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
- h. Buah dada /mamae
- Simetris/tidak :simetris kiri kanan
- Areola mamae : tidak ada masalah
- Papilla mamae :tidak ada masalah
- pembengkakan :tidak ada
- i. Abdomen
- Inspeksi :tedapat jahitan bekas operasi  $\pm$  10 cm tertutup kasa steril ,keadaan luka baik dan mulai mengering
- Tinggi fundus abdomen : dua jari dibawah pusar
- Perineum :utuh
- posisi uterus :tengah
- kontraksi :baik
- j. Genetalia
- Inspeksi :terpasang kateter
- Kebersihan :bersih
- Perineum :utuh,keadaan heacting sudah membaik
- Lochea :rubra
- Jumlah :  $\pm$  2-3 pembalut
- Warna :merah
- Konsistensi : cair
- Bau :khas darah
- Hemorrhoid : tidak ada
- Varises : tidak ada
- k. Eliminasi
- BAB : belum ada
- BAK :  $\pm$  2000vv/hari
- l. Ekstremitas
- Reflek patella :tidak ada masalah



Edema :tidak ada

Varises :tidak ada

#### 10. pemeriksaan penunjang

- Laboratorium
  - Hemoglobin : 11,1 gr/dl
  - Leukosit : 11.500 Sel/mm<sup>3</sup>
  - Hematokrit : 32.8 %
  - Golongan darah :O
- Pemeriksaan diagnostik
  - USG

#### 11. Program terapi dokter

- 8) Obat oral
  - Pct 3x1
  - Hb.vit 1x1
- 9) Obat parenteral
  - Ceftriaxone 2x1
  - Infus Rl

Nama Klien : Ny. z

No MR : 07.31.26

No	Data	Etiologi	Masalah
----	------	----------	---------

1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri daerah operasi</li> </ul> <p>P :Nyeri Pada Luka Post Op</p> <p>Q :Seperti Ditusuk Tusuk</p> <p>R :Perut Bawah Bagian Operasi</p> <p>S :6</p> <p>T : 2-5 menit Ketika Bergerak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak meringis</li> <li>Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang ± 10 cm</li> </ul>	<p>Agen cedera fisik</p> <p>( prosedur operasi)</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka hasil insisi di abdomen bawah</p> <p>↓</p> <p>Timbul pendarahan dan jaringan terbuka</p> <p>↓</p> <p>Merangsang mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak sesekali memegang luka post op dengan tangan</li> <li>Terdapat luka post op SC di perut sepanjang ± 10 cm</li> <li>Luka tampak bersih dan</li> </ul>	<p>Prosedur invasif</p> <p>↓</p> <p>Integritas kulit tak utuh</p> <p>↓</p> <p>Membuka jalan masuk kuman</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	Resiko infeksi

	<p>mulai kering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leukosit= 11.500/mm</li> </ul>		
3	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan merasalemah</li> <li>Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga</li> <li>Pasien mengataka belum bias bergerak sendiri</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak susah untuk duduk dan berdiri</li> <li>Aktivitas pasien tamook dibantu keluarga</li> <li>Pasien tampak meringis saat bergerak</li> </ul>	<p>Tindakan sc</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Terjadinya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan zat bradikinin, histamin, dan prostagladin</p> <p>↓</p> <p>Menyampaikan ke hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Korteks serebri</p> <p>↓</p> <p>nyeri</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan data – data yang telah dikaji dan menetapkan masalah, penyebab dan data penunjang. Maka diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik ( prosedur operasi)  
Dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.

2. resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dibuktikan dengan tampak bekas operasi  $\pm$  10 cm dibawah perut, luka tampak bersih dan mulai mengering
3. hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan pasien mengatakan susah untuk berpindah posisi karena nyeri



## INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Noc	Nic
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan nyeri daerah operasi, semakin nyeri ketika mengubah posisi.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengontrol nyeri (mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)</li> <li>• Klien dapat melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Klien dapat menyatakan nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantau tanda-tanda vital</li> <li>• Kaji nyeri secara komprehensif seperti lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>• Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</li> <li>• Kolaborasikan pemberian obat analgesik</li> </ul>

2	resiko infeksi nerhubungan dengan prosedur invasif dibuktikan dengan tampak bekas operasi $\pm$ 10 cm dibawah perut, luka tampak bersih dan mulai mengering	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah dapat diatasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ke bersihan tangan meningkat</li> <li>• Kebersihan badan meningkat</li> <li>• Nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Batasi jumlah pengunjung</li> <li>• Pertahankan teknik aseptik</li> <li>• Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>• Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> <li>• Kalaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
3	hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan pasien mengatakan susah untuk berpindah posisi karena nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah dapat diatasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemudahan melakukan aktivitas memningkat</li> <li>• Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>• Jarak berjalan meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor lokasi dan sifat ketidak nyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>• Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>• Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</li> <li>• Kalaborasi peberian analgetik</li> </ul>

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Senin, 20 september 2021  Jam : 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi)	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pantau tanda-tanda vital</li> <li>2) Kaji nyeri secara komprehensif seperti lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>3) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4) Identifikasi skala nyeri</li> <li>5) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>6) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>8) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>9) Ajarkan teknik nonfarmakologi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyeri yang dirasakannya berada di daerah perut pada luka paska prosedur bedah SC, nyeri klien muncul ketika klien bergerak sehingga klien menjadi kesulitan untuk bergerak atau melakukan aktivitas,</li> </ul> <p>P : Nyeri pos op</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri dibagian abdomen bawah</p> <p>S : 6</p> <p>T : nyeri ketika bergerak 2-5 menit</p>

			<p>(teknik relaksasi genggam jari)</p> <p>10) Kolaborasikan pemberian obat analgesik</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum ada perubahan pada nyeri yang dirasakannya ketika melakukan teknik relaksasi genggam jari karena baru pertama kali melakukan teknik relaksasi genggam jari dan klien belum bisa fokus</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi wajah klien nampak meringis menahan nyeri, memegang dan menunjukkan daerah yang mengalami nyeri, klien nampak berhati-hati ketika bergerak.</li> </ul> <p>Tekanan darah : 125/80 MmHg  Denyut nadi : 110x/menit  Suhu : 37,4  Pernafasan : 20x/ menit</p>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien nampak memperhatikan ketika penulis mengajarkan teknik relaksasi genggam jari, klien nampak mengikuti dan mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi genggam jari yang sudah diajarkan</li> <li>• Injeksi iv cefriaxone</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) memantau tanda-tanda vital</li> <li>2) mengkaji nyeri secara komprehensif</li> <li>3) mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4) Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</li> </ol>
--	--	--	---	---

				5) Kolaborasikan pemberian obat analgesik
2	Senin, 20 september 2021 Jam : 10.00	resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3) Pertahankan teknik aseptik</li> <li>4) Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> <li>6) Kalaborasi pemberian analgetik</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan jarang mencuci tangan</li> <li>• Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisi dan makanan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesekali memegangi luka post op</li> <li>• Luka tampak mulai mengering</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> </ol>

				<p>3) Pertahankan teknik aseptik</p> <p>4) Anjurkan cuci tangan yang benar</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</p>
3	<p>Senin, 20 september 2021</p> <p>Jam : 10.00</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	 <p>1) Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</p> <p>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</p> <p>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</p> <p>4) Kalaborasi pemberian analgetik</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bagian post operasi saat bergerak</li> <li>• Pasien mengatakan untuk duduk harus berhati-hati dan pelan pelan sert butuh bantuan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak kesakitan saat bergerak</li> <li>• Pasien tampak dibantu keluarga saat bergerak</li> <li>• Pasien tampak meringis</li> </ul> <p>A:</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</li> </ol> </li> </ul>
4	Selasa, 21 september 2021 Jam : 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) memantau tanda-tanda vital</li> <li>2) mengkaji nyeri secara komprehensif</li> <li>3) mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4) Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih nyeri perut pada luka paska prosedur bedah SC namun sudah berkurang dari hari sebelumnya</li> </ul> <p>P : Nyeri post op</p>

			<p>5) Kolaborasikan pemberian obat analgesik</p> 	<p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk  R :nyeri dibagian abdomen bawah  S : 5  T : nyeri ketika bergerak 2-5 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ada perubahan pada nyeri yang dirasakannya ketika melakukan teknik relaksasi genggam jari</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspresi wajah klien nampak meringis menahan nyeri, memegang dan menunjukkan daerah yang mengalami nyeri, klien nampak berhati-hati ketika bergerak.</li> </ul> <p>Tekanan darah : 13/70 MmHg  Denyut nadi : 110x/menit</p>
--	--	--	--	--

				<p>Suhu : 37,4</p> <p>Pernafasan : 20x/ menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien nampak memperhatikan ketika penulis mengajarkan teknik relaksasi genggam jari, klien nampak mengikuti dan mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi genggam jari yang sudah diajarkan</li> <li>• Injeksi iv cefriaxone</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) memantau tanda-tanda vital</li> <li>2) mengkaji nyeri secara komprehensif</li> <li>3) mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> </ol>
--	--	--	---	---

				<p>4) Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</p> <p>5) Kolaborasikan pemberian obat analgesik</p>
5	Selasa, 21 september 2021 Jam : 10.00	resiko infeksi nerhubungan dengan prosedur invasif	 <p>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>3) Pertahankan teknik aseptik</p> <p>4) Anjurkan cuci tangan yang benar</p> <p>5) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan sudah rajin mencuci tangan pakai handsanitaize</li> <li>• Pasien mengatakan sudah mulai meningkatkan makan nya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesekali memegang luka post op</li> <li>• Luka tampak mulai mengering</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>3) Pertahankan teknik aseptik</li> <li>4) Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> </ol> </li> </ul>
6	Selasa, 21 september 2021 Jam : 10.00	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bagian post operasi saat bergerak sudah berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan untuk duduk harus berhati-hati dan pelan pelan sert butuh bantuan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak kesakitan saat bergerak</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tambak dibanu keluarga saat bergerak</li> <li>• Pasien tampak meringis</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor lokasi dan sifat ketidak nyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur, serta jalan-jalan</li> </ol> </li> </ul>
7	Rabu , 22	Nyeri akut berhubungan	1) memantau tanda-tanda vital	S :

	<p>september 2021</p> <p>Jam : 10.00</p>	<p>dengan agen cedera fisik</p>	<p>2) mengkaji nyeri secara komprehensif</p> <p>3) mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>4) Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</p> <p>5) Kolaborasikan pemberian obat analgesik</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih nyeri perut pada luka paska prosedur bedah SC namun sudah berkurang dari hari sebelumnya</li> <li>P : Nyeri pos op</li> <li>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R :nyeri dibagian abdomen bawah</li> <li>S : 4</li> <li>T : nyeri ketika bergerak 2-5 menit</li> <li>• Klien mengatakan ada perubahan pada nyeri yang dirasakannya ketika melakukan teknik relaksasi genggam jari</li> <li>O :</li> <li>• Ekspresi wajah klien masih nampak meringis menahan</li> </ul>
--	--	---------------------------------	--	--



				<p>nyeri, memegangi dan menunjukkan daerah yang mengalami nyeri, klien nampak berhati-hati ketika bergerak.</p> <p>Tekanan darah : 130/70 MmHg  Denyut nadi : 110x/menit  Suhu : 37,4  Pernafasan : 20x/ menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien nampak memperhatikan ketika penulis mengajarkan teknik relaksasi genggam jari, klien nampak mengikuti dan mendemonstrasikan ulang teknik relaksasi genggam jari yang sudah diajarkan</li> <li>• Injeksi iv cefriaxone</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) memantau tanda-tanda vital</li> </ol>
--	--	--	---	--

				<ol style="list-style-type: none"> <li>2) mengkaji nyeri secara komprehensif</li> <li>3) mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>4) Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari)</li> <li>5) Kolaborasikan pemberian obat analgesik</li> </ol>
8	Rabu , 22 september 2021 Jam : 10.00	resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2) Pertahankan teknik aseptik</li> <li>3) Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>4) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien mengatakan sudah rajin mencuci tangan pakai handsanitaize</li> <li>• Pasien mengatakan sudah mulai meningkatkan makan nya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak sesekali memegang luka post op</li> <li>• Luka tampak mulai mengering</li> </ul>

				<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah teratasi sebagian</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>3) Pertahankan teknik aseptik</li> <li>4) Anjurkan cuci tangan yang benar</li> <li>5) Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan</li> </ol> </li> </ul>
9	Rabu , 22 september 2021  Jam : 10.00	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li> <li>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</li> <li>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan nyeri pada bagian post operasi saat bergerak sudah berkurang</li> <li>• Pasien mengatakan untuk duduk harus berhati-hati dan pelan</li> </ul>

				<p>pelan sekarang sudah bisa sendiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak kesakitan saat bergerak</li><li>• Pasien tampak meringis</li><li>• Pasien Tampak bergerak sendiri</li></ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Masalah teratasi sebagian</li></ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lanjutkan intervensi</li><li>1) Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas</li></ul>
--	--	--	---	---

				<p>2) Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif</p> <p>3) Anjurkan pasien duduk di tempat tidur, serta jala n-jalan</p>
--	--	--	--	---



## BAB V

### TELAAH JURNAL DAN PEMBAHASAN

#### A. Telaah Jurnal

1. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Puji Astutik (2020) yang mana penelitiannya tentang Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. Menjelaskan bahwa Pasien post section caesarea sering mengalami nyeri dikarenakan insisi pembedahan. Relaksasi genggam jari adalah teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post sectio caesarea di ruang Delima RSUD Kertosono. Desain penelitian menggunakan pre-eksperimental dengan pendekatan one group pre-post test design. Penelitian dilaksanakan 1 Januari sampai dengan 1 februari 2017 di ruang Delima RSUD Kertosono. Populasi adalah seluruh pasien post Sectio Caesarea yang dirawat di ruang Delima RSUD Kertosono dalam sebulan sebanyak 21 pasien. Sampling menggunakan Accidental sampling. Sampel sebanyak 20 responden. Terdapat 2 variabel, variabel independen dengan relaksasi genggam jari dan dependen dengan penurunan nyeri. Pengumpulan data menggunakan skala Verbal Descriptor Scale (VDS). Analisis statistik menggunakan wilcoxon dengan taraf signifikansi 0,05. Hasil penelitian menunjukkan sebelum pemberian relaksasi genggam jari mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 13 responden (65 %). Setelah pemberian relaksasi genggam jari sebagian besar mengalami nyeri ringan sebanyak 12 responden (60 %). Didapatkan  $p \text{ value} = 0,001 \leq \alpha = 0,05$ . Ada pengaruh relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post sectio caesarea di ruang Delima RSUD Kertosono.

Teknik relaksasi genggam merangsang meridian jari yang meneruskan gelombang tersebut ke dalam otak. Hasil dari Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen nonnosiseptor sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang.

2. Penelitian yang juga di lakukan oleh Siti Haniyah (2016) yang mana penelitiannya tentang efektifitas teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri post sectio caesarea di rsud ajibarang menjelaskan bahwa Angka kejadian Sectio Caesarea di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2007 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan (22,8%) dari seluruh persalinan (Riskesdas, 2010). Nyeri post SC diatasi dengan teknik relaksasi genggam jari. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas teknik aroma terapi lavender dan teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di RSUD Ajibarang Desain penelitian ini adalah quasi eksperiment with pretest-posttest design dengan sampel 33 responden terbagi menjadi 2 kelompok, 11 responden mendapatkan relaksasi genggam Jari, dan 11 responden sebagai kelompok kontrol. Uji beda dua mean antar kelompok menggunakan uji T test. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan skala nyeri antara kelompok relaksasi genggam jari dengan kelompok kontrol p value 0,000, serta ada perbedaan skala nyeri antara kelompok aroma terapi lavender dengan kelompok kontrol p value 0,000 namun tidak ada ada perbedaan antara kelompok intervensi dalam menurunkan nyeri p value 0,21.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Novia (2019), yang mana penelitiannya tentang Efektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri *Post Ssectio Caesarea* di RS Dr.Reksodiwiryo Padang, Penelitian ini adalah *kuantitatif* sedangkan desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *Two group pretest-posttest design*. (Arikunto, 2013). Nyeri diukur sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi genggam jari.

Sampel pada penelitian ini adalah pasien *post sectio caesarea* yang dirawat diruangan kebidanan RS Tk III Reksediwiryo Padang yang masih mengalami nyeri. Jumlah sampel 30 Orang Pengambilan data dilakukan pada bulan pada tanggal Desember 2019-Februari 2020.

Metode analisis data yang digunakan pada penelitian ini meliputi analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat untuk mendapatkan gambaran/ deskriptif dari masing-masing variabel penelitian. Analisis univariat meliputi mean, modus, median, nilai minimal dan maksimal, standar deviasi, varian serta distribusi dan proporsi dari karakteristik pasien serta pre test maupun post test. Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut: Untuk mengetahui perbedaan skala nyeri pada kelompok control, dan intervensi menggunakan uji Paired T test Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Efektifitas Teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri *post Sectio Caesarea* di RS Tk III Reksediwiryo Padang Tahun 2020, dapat disimpulkan bahwa : Terdapat perbedaan skala nyeri pada ibu post sectio sebelum dan sesudah dilakukan teknik genggam jari dengan nilai nilai *p-value* 0,000.

4. Penelitian Lainnya yang juga di lakukan oleh Nita Evrianasari (201) tentang teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri postsectio caesarea menjelaskan bahwa Tujuan dari penelitian ini adalah diketahui adanya Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri PostSectio Caesarea di RSUD A. Yani Kota Metro tahun 2018. Jenis Penelitian Kuantitatif, rancangan penelitian metode pra eksperimen dengan pendekatan one group pretest posttest. populasi dalam penelitian ini adalah 61 orang. Sampel sebanyak 20 orang ibu post Sectio Caesarea diambil dengan teknik purposive sampling. Analisa data dengan uji T-test. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata nyeri sebelum intervensi sebesar 6.30, rata-rata nyeri setelah intervensi sebesar 4.25. Ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri Post Sectio Caesarea di RSUD A. Yani Kota Metro berdasarkan hasil uji t didapat p value  $0,000 < \alpha (0,05)$  yang berarti ada pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri Post Sectio. Disarankan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar melakukan teknik relaksasi genggam jari sebagai salah satu alternative penurunan nyeri pada ibu post SC.

#### 1. Kesimpulan Telaah Jurnal

Dengan beberapa hasil penelitian yang telah dibahas di atas sebagai perbandingan, teknik relaksasi genggam jari maka penulis dapat menyimpulkan bahwa ada pengaruh dalam teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri postsectio caesarea. Ketika di lakukan secara benar atau sesuai Prosedur SOAP maka nyeri bisa diatasi dengan relaksasi genggam jari . Di dalam jurnal penelitian juga di bahas tentang tingkat pengetahuan perawat dan bidan dalam menggunakan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri post sectio caesarea.

#### 2. Daftar Pustaka

Dari 4 artikel Jurnal penelitian yang telah dibahas di dapatkan bahwa daftar pustaka sudah tersusun sesuai abjad, untuk arikel hasil penelitian, daftar pustaka sudah dirujuk dari 10-15 artikel jurnal ilmiah dan artikel penelitian lainnya.

## **B. Pembahasan**

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang teori dengan studi kasus Asuhan keperawatan pada ny. dengan a post section ceasarea yang dilakukan teknik relaksasi ganggam jari terhadap penurunan nyeri di rsu aisyiyah padang tahun 2021 Adapun pembahasan yang penulis lakukan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evalusai keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dalam proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode wawancara dengan klien atau dengan keluarga klien, observasi secara langsung terhadap kemampuan dan perilaku klien.

Data yang didapatkan saat pengkajian kemudian dianalisis untuk menegakkan masalah keperawatan yang tepat untuk dilakukan intervensi agar masalah yang timbul tersebut dapat teratasi, dimana masalah yang muncul yaitu pada saat pengkajian pada tanggal 20 september 2021 jam 10.00 didapatkan data mengatakan Pada saat Dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada luka post op

P :Nyeri Pada Luka Post Op

Q :Seperti Ditusuk Tusuk

R :Perut Bawah Bagian Operasi

S :6

T :Ketika Bergerak 2-5 menit

Pasien juga mengeluh sulit untuk bergerak karena nyeri, pasien mengatakan merasa lemas untuk beraktivitas dibantu oleh keluarga karena belum bias jalan dan duduk mandiri.

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Amr Sofian, 2012). Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998 dalam Siti, dkk 2013)

Persalinan dengan Sectio Caesarea dapat menyebabkan komplikasi lebih tinggi dibandingkan persalinan normal, diantaranya seperti sesak nafas, nyeri, tidak nafsu makan dan lain-lain. Komplikasi ini dapat menimbulkan beberapa masalah perawatan diantaranya jalan nafas terganggu, nyeri akut, nutrisi kurang dari kebutuhan, terganggunya pemberian ASI, gangguan eliminasi urine, gangguan pola tidur, resiko infeksi, konstipasi, resiko syok (hipovolemik), resiko perdarahan dan defisiensi pengetahuan. (Nurarif dan Kusuma, 2015)

Menurut teori, Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat adanya kerusakan jaringan actual maupun potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa (*International Association Study of Pain*): Awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda, 2013).

Menurut (Asmadi, 2019) penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua penyebab yaitu :

#### 1) Penyebab fisik

##### a Trauma (mekanik, termis, kimiawi, elektrik)

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung saraf mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan atau luka.

Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor

mendapat rangsangan akibat panas, dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa. Trauma elektrik menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

- b. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadi tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri.
- c. Peradangan menimbulkan nyeri karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri.

## 2) Penyebab psikologis

Nyeri disebabkan karena faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Nyeri karena faktor ini disebut *psychogenic pain*.

Berdasarkan Analisis penulis, dari data pengkajian yang ada dapat disimpulkan bahwa Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul terkait akibat adanya kerusakan jaringan, actual maupun potensial, atau digambarkan kondisi terjadinya kerusakan sedemikian rupa, yang disebabkan karena melahirkan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2015)

Pada kasus kelolaan penulis, berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan tiga masalah keperawatan pada Ny.Z yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik ( prosedur operasi) Dibuktikan dengan nyeri daerah operasi semakin nyeri ketika mengubah posisi, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan resiko infeksi Dibuktikan dengan tampak bekas operasi  $\pm$  10 cm dibawah perut, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi dibuktikan dengan pasien mengatakan susah untuk berpindah posisi karena nyeri

1) Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik ( prosedur operasi)

- Klien mengatakan nyeri daerah operasi

P :Nyeri Pada Luka Post Op

Q:Seperti Ditusuk Tusuk

R:Perut Bawah Bagian Operasi

S :6

T:Ketika Bergerak 2-5 menit

- Klien tampak meringis
- Terdapat luka jahitan post op SC di perut sepanjang  $\pm$  10 cm

2) Resiko infeksi berhubungan dengan nprosedur invasif

- Klien mengatakan semakin nyeri ketika mengubah posisi
- Pasien tampak sesekali memegang luka post op dengan tangan
- Luka tampak bersih dan mulai kering
- Leukosit= 11.500/mm

3) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

- Pasien mengatakan merasalemah
- Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga
- Pasien mengataka belum bias bergerak sendiri
- Pasien tampak susah untuk duduk dan berdiri
- Aktivitas pasien tamoak dibantu keluarga
- Pasien tampak meringis saat bergerak

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi merupakan suatu strategi untuk mengatasi masalah klien yang perlu ditegakan diagnosa dengan tujuan yang akan dicapai serta kriteria hasil. Umumnya perencanaan yang ada pada tinjauan teoritis dapat diaplikasikan dan diterapkan dalam tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang ada atau sesuai dengan prioritas masalah (Darmawan, 2012).

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu pantau tanda-tanda vital, kaji nyeri secara komprehensif, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari), Kolaborasi pemberian obat analgesic.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, Pertahankan teknik aseptik, Anjurkan cuci tangan yang benar, Anjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan, Kalaborasi pemberian analgetik.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas, Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif, Anjurkan pasien duduk di tempat tidur, Kalaborasi pemberian analgetik.

Intervensi yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan teori yang ada dan rencana keperawatan disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh Ny.Z.

### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Berdasarkan dari perencanaan keperawatan pada Ny.Z penulis melakukan beberapa aktivitas pada masing-masing diagnosa, tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan intervensi yang sudah

dirancang sebelumnya dan disesuaikan dengan kondisi serta kebutuhan klien.

Asuhan keperawatan berupa tindakan telah dilakukan kepada klien dengan diagnosa sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (prosedur operasi)  
Pada diagnosa yang pertama yaitu Nyeri akut Dimana implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu memantau tanda-tanda vital , mengkaji nyeri secara komprehensif, mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri , kemudian peneliti mengajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi genggam jari), serta Kolaborasikan pemberian obat analgesic.

Hal ini sejalan dengan teori (Pratiwi, Susanti, Astuti, 2020). Yaitu Penatalaksanaan non farmakologis dapat berupa distraksi, relaksasi, imaginary, dan biofeedback. Salah satu penatalaksanaan non farmakologis baru dan belum banyak dikenal oleh banyak orang adalah teknik relaksasi genggam jari (Pratiwi, Susanti, Astuti, 2020). Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Jari-jari tangan terdapat saluran energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik yang menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Evrianasari, Yosaria & Ermasari, 2019).

2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif  
Implementasi pada diagnose kedua yaitu melakukan pengkajian Monitor tanda dan gejala infeksi, memBatasi jumlah pengunjung, memPertahankan teknik aseptik menganjurkan cuci tangan yang

benar, mengAnjurkan meningkatkan kebutuhan nutrisi dan cairan, sertaKalaborasi pemberian analgetik

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu meMonitor lokasi dan sifat ketidak nyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas, memBerikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi aktif atau pasif, mengAnjurkan pasien duduk di tempat tidur, berKalaborasi peberian analgetik

Menurut asumsi peneliti, pemberian implementasi teknik relaksasi genggam jari pada ny.z memberikan pengaruh yang sangat baik,dan efektif terhadap penurunan nyeri hal ini sejalan dengan penelitian (novia,2020) yang menunjukkan bahwa ada terdapat perbedaan intensitas nyeri pada pasien post operasi section caesarea sebelum dan sesudah dilakukannya teknik relaksasi genggam jari.

**5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Evaluasi yang diperoleh dari tanggal 20 september 2021 sampai tanggal 22 september 2021 pada kasus Ny. Z dengan post section ceasar sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan denganAgen cedera fisik ( prosedur operasi)  
Berdasarkan kasus pada Ny.Z didapatkan evaluasi setelah dilakukan tiga hari implementasi yaitu Pasien mengatakan mengalami penurunan terhadap nyeri yang dirasakan, Klien mengatakan msih nyeri perut pada luka paska prosedur bedah SC namun sudah berkurang dari hari sebelumnya

P : Nyeri pos op

Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : nyeri dibagian abdomen bawah

S : 4

T : nyeri ketika bergerak 2-5 menit

Klien mengatakan ada perubahan pada nyeri yang dirasakannya ketika melakukan teknik relaksasi genggam jari, Ekspresi wajah klien masih nampak meringis menahan nyeri, memegangi dan menunjukkan daerah yang mengalami nyeri, klien nampak berhati-hati ketika bergerak.

Tekanan darah: 130/70 MmHg

Denyut nadi : 110x/menit

Suhu : 37,4

Pernafasan : 20x/ menit

Klien mengatakan akan mendemonstrasikan teknik genggam jari ketika merasakan nyeri kembali

2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif  
 evaluasi pada diagnosa kedua yaitu setelah dilakukan implementasi yang ke tiga pasien mengatakan sudah rajin mencuci tangan pakai handsanitaize, pasien mengatakan sudah mulai meningkatkan makannya, luka tampak mulai mengering
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri  
 evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu pasien mengatakan nyeri pada bagian post operasi saat bergerak sudah berkurang, pasien mengatakan untuk duduk harus berhati-hati dan pelan pelan sekarang sudah bisa sendiri, pasien tampak bergerak sendiri.

menurut analisa peneliti, penurunan skala nyeri tersebut terjadi karena implementasi dilakukan secara tiga hari berturut-turut dan didukung dengan keluarga juga ikut melakukan. sesuai dengan teori (cane, 2019) efek relaksasi genggam jari mampu membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari pemberian asuhan keperawatan secara langsung dari tanggal 20 september 2021- tanggal 23 september 2021 pada Ny. Z yang mengalami nyeri pada post section ceasare dengan memberikan tindakan terapi non farmakologi yang dilakukan dengan pemberian terapi relaxasi genggam jari yaitu meliputi proses pengkajian, analisa data, intevensi, implementasi dan evaluasi maka penulis merumuskan kesimpulan sebagai berikut

1. Dari hasil pengkajian yang didapatkan penulis dapat menegakan diagnosa pada pasien yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik ( prosedur operasi)
2. Dari data permasalahan yang telah ditemukan penulis menentukan intervensi keperawatan secara mandiri terkait tindakan non farmakologis yaitu teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien akibat prosedur pembedahan section ceaserae
3. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri dan lakukan setiap nyeri dirasakan
4. Dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien dapat disimpulkan setelah 3 hari berturut turut melakukan implementasi sebanyak 2x sehari di dapatkan ada pengaruh pemberian yaitu teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri. Hal ini telah dibuktikan penulis ketika melaksanakan study kasus di RSUD Aisyiyah padang.

## B. Saran

### 1. Bagi institusi pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat memperkaya pengetahuan dengan memperbanyak membaca referensi tentang asuhan keperawatan maternitas dengan pasien post section ceasare dilakukan pemberian terapi relaksasi genggam jari dan dijadikan bahan referensi untuk membuat Laporan Ilmiah Akhir Ners selanjutnya

### 2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Diharapkan hasil karya ilmiah akhir ners ini akan memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran dan mengaplikasikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post section ceasare yang mengalami nyeri yang komprehensif serta memberikan pelayanan yang lebih baik dan menghasilkan pelayanan yang memuaskan pada klien serta melihat perkembangan klien yang lebih baik.

### 3. Bagi Pasien Dan Keluarga

Sebagai media informasi tentang penyakit yang diderita klien dan bagaimana penanganan bagi klien dan keluarga baik dirumah sakit maupun dirumah. Terutama dalam pemberian pemberian teknik relaksasi genggam jari dalam pengurangan nyeri



### DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Yetti. 2017. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta : Pustaka Amalia, Dewie. 2020. Laporan Pendahuluan SC Sectio Caesaria.
- Ambarwati, Wulandari. 2017. Asuhan Kebidanan Nifas. Jogjakarta : Mitra
- Andarmoyo, S. 2018. Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: ArRuzz.
- Batubara, P. L. 2008. Farmakologi Dasar, edisi II. Jakarta:Lembaga Studi dan Konsultasi Farmakologi.
- Boyle, M. 2017. Seri Praktik Kebidanan Pemulihan Luka. Jakarta. EGC.
- Brunner Suddarth.2016. Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8 Vol. 2. Jakarta : EGC
- Cendekia Anawati, Wagiyo, Kartono. 2017. Dalam penelitian Pengaruh Tingkat N Pengetahuan Bidan Tentang Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini (Pasif) Post Sectio Sesarea Di RS Swasta Semarang
- Chrissie Gallagher-2016. Pemulihan Pasca Operasi Caesar. Jakarta:
- Dewi, L. Sunarsih. 2016. Asuhan Kebidanan Pada Ibu nifas. Jakarta. Salemba Medika
- Doengoes, M E. 2019. Rencana Askep Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC.
- Harmono, S., 2016. Faktor-faktor resiko Infeksi Luka Operasi Pada Pasien Pasca Bedah Dewasa di Unit Bedah RSUP DR Sardjito Yogyakarta, Yogyakarta, UGM
- Johnson, Taylor. 2016. Buku Ajar Praktik Kebidanan. Jakarta.
- Krisnadi, Anwar, dkk. 2018. Obstetri Emergensi. Jakarta.
- Sagung Seto Liu, D. 2017. Manual Persalinan. Jakarta : EGC
- Ma'rifat, A. R., Handayani, R. N. dan Dewi, P. (2018) "Efektifitas Relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post Sectio Caesarea di RSUD Prof. DR. Margono Purwokerto," Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah.

- Mochtar, R. 2018. Sinopsis Obstetric. Jakarta : EGC Morison, M. J. (2011).  
Manajemen Luka. Jakarta. EGC
- Mochtar, Rustam. 2017. Sinopsis Obstetri. Jilid 2, Edisi ke 2. Jakarta: EGC
- Liana, E. 2018. *Teknik Relaksasi: Genggam Jari untuk Keseimbangan Emosi*.  
Melahirkan. Jakarta: Gagas Media.
- Oktarina, 2016. Ilmu Kebidanan Patologi dan Persalinan, Yogyakarta:  
Yayasan Essentia Medika.
- Prasetyo, SN. 2017. *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta:  
Graha Ilmu.
- Puwahang. 2015. *Jari-jaritanan*. <http://titikrefleksi-pada-tangan>
- Rihama Azzawi F. 2019. Atlas Teknik Kebidanan. Jakarta : EGC
- Saifuddin, Abdul Bari. 2015. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan  
Maternal dan Neonatal Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono  
Prawirohardjo.
- Sugeng, Jitowiyono dan Weni Kristiyanasari. 2018. Asuhan Keperawatan  
Post Operasi, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Widianti, Anggriyana Tri dan Atikah Proverawati. 2015. Senam Kesehatan,  
Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wilkinson Judith. 2016. Rencana Asuhan Keperawatan : Maternal & Bayi  
Baru Lahir. Jakarta : EGC
- Yuliatun, Laily. 2018. *Penanganan Nyeri Persalinan Dengan  
Metode Nonfarmakologi*. Jawa Timur: Bayumedia Publishing

**DOKUMENTASI**

