

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Post Partum

2.1.1 Definisi Post Partum

Masa post partum adalah fase dimana bagi ibu untuk mengembalikan alat reproduksi semula sebelum hamil dalam waktu 1 bulan (Sridani et al, 2019).

Post partum adalah fase dimana alat-alat reproduksi wanita kembali dalam keadaan semula sebelum hamil yang di tandai dengan kelahiran plasenta dan membran sebagai tanda berakhirnya periode intrapartum (Seniorita, 2017).

Masa puerperium juga disebut masa nifas adalah masa ketika organ reproduksi kembali normal, yaitu masa dimulai sebelum hamil dan setelah melahirkan berlangsung sekitar 1 bulan. Dan masa ini adalah awal dari fase reproduktif dalam siklus kehidupan keluarga. Selama periode ini akan terjadi perubahan psikososial dan fisiologis seperti kardiovaskuler, pernafasan, integrasi dan reproduksi (Sambas, 2017).

2.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

Tujuan asuhan keperawatan pada *post* partum yaitu untuk mendeteksi adanya perdarahan nifas, menjaga kesehatan ibu dan bayi, menjaga kesehatan diri, melaksanakan screening secara komprehensif, pendidikan laktasi dan perawatan payudara dan konseling keluarga berencana (KB) (Azlina, 2019).

2.1.3 Adaptasi Fisiologis dan Psikologis *Post Partum*

a. Adaptasi fisiologis *post partum* menurut (Morita, 2018) yaitu :

1) Sistem reproduksi

Uterus akan kembali normal dalam waktu 1-2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan afterpain yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dan kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting / isapan bayi. Selain itu, tuba palopi menjadi atropi karena rendahnya kadar estrogen pada dua minggu *post partum*.

2) Endokrin

Kortisol dan Human Placental lactogen (HPL) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan.

3) Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka sensitivitas pada cairan.

4) Sistem pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan perineum serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurunan motilitas usus.

5) Kardiovaskuler

Pada persalinan *sectio caesarea* ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinn spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hemotokrit.

6) Neurologi

Pada periode ini ibu aka mengalami stres dan nyeri kepala akibat pemberian anastesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa.

7) Muskuloskeletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot.perut juga akan kembali lembek dan kendor seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

b. Adaptasi Psikologis Pada Post Partum Menurut Sulityawati (2019)
perubahan adaptasi psikologis ibu post partum yaitu :

- 1) Fase taking in merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua pasca persalinan. Pada fase ini ibu nifas akan terfokus pada dirinya sendiri dan bayinya, lebih tertarik untuk menceritakan pengalaman persalinan yang telah dilaluinya sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pasca persalinan ibu nifas akan merasakan kelelahan yang membuat ibu harus cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.
- 2) Fase taking hold periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir dengan tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendampingndan keluarga adalah

memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Pada fase ini juga ibu akan belajar untuk melakukan perawatan bayinya.

- 3) Fase letting go fase ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada fase ini seorang ibu nifas harus mampu menerima tanggung jawab dan peran barunya dalam merawat bayinya yang dapat menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial. Umumnya di fase ini terjadi depresi post partum.
- 4) Depresi post partum membuat ibu mengalami rasa putus harapan, keraguan dan merasa tidak menjadi ibu yang baik dalam membesarkan anak. Ibu yang mengalami depresi post partum biasanya mengalami rasa sulit tidur, tidak nafsu makan dan cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi.
- 5) Post partum blues post dapat terjadi sekitar 2 hari sampai 2 minggu pasca persalinan. Ibu post partum blues akan mengalami perubahan perasaan, cemas, khawatir yang berlebihan mengenai sang bayi, dan mudah tersinggung. apabila post partum blues tidak segera ditangani secara tepat akan menjadi lebih buruk dan menyebabkan terjadinya depresi post partum.

2.2 Konsep Teori *Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat sayatan pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan. Sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2018). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen dan uterus Ibu. *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan Ibu atau kondisi janin (Ayuningtyas, et al., 2018).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu sayatan pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sagita, 2019).

2.2.2 Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Martowirjo (2018), etiologi dari pasien *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

1. Etiologi yang berasal dari ibu
 - a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior) dan totalis.
 - b. Panggul sempit, disporsi sefalo-pelvik : ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan panggul.
 - c. Partus lama (prognosed labor)
 - d. Ruptur uteri mengancam

- e. Partus tak maju (obstructed labor)
 - f. Distosia serviks
 - g. Pre-eklamsia dan hipertensi
 - h. Disfungsi uterus
 - i. Distosia jaringan lunak.
2. Etiologi yang berasal dari janin
- a. Letak lintang.
 - b. Letak bokong.
 - c. Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil.
 - d. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara-cara lain tidak berhasil.
 - e. Gemeli *sectio caesarea* di anjurkan :
 - Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu (Shoulder Presentation).
 - Bila terjadi interlok (locking of the twins).
 - Distosia oleh karena tumor.
 - Gawat janin.
 - f. Kelainan uterus :
 - Uterus arkuatus
 - Uterus septus
 - Uterus duplekus
 - Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuk kepala janin

2.2.3 Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Menurut Falentina (2019), tanda gejala *sectio caesarea* sebagai berikut :

1. CPD (Chepalo Pelvik Disproportion)

Chepalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar

ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khorioikarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

4. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

6. Kelainan letak janin

a. Kelainan pada letak kepala

- Letak kepala tengadah. Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah.

Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan panggul.

- Presentasi muka Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.
- Presentasi dahi Posisi kepala antara fleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

b. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

c. Kelainan letak lintang

Letak lintang ialah jika letak bayi di dalam Rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh bayi melintang terhadap paksi Rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh bayi tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut 90°). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion.

2.2.4 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Pulungan, et al., (2020) beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (broad ligament). Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktrus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

2.1.6 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Penyebab kelainan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara spontan atau normal. Kondisi tersebut mengharuskan adanya tindakan *sectio caesarea*. Dalam operasinya dilakukan tindakan anestesi regional ataupun umum, hal ini dapat berpengaruh kepada bayi dan kepada klien terhadap jalan napas tidak efektif akibat secret yang berlebihan dan penurunan kerja otot eliminasi yang mengakibatkan penurunan peristaltik usus yaitu konstipasi.

Setelah dilakukan *sectio caesarea* klien akan mengalami adaptasi post partum dari segi kognitif yaitu kurangnya pengetahuan, akibat kurangnya pengetahuan dan dari segi fisiologi yaitu produksi oksitosin dan prolactin yang tidak maksimal dapat berakibat ketidakefektifan pemberian ASI. Luka dari insisi saat operasi pintu masuk keluarnya bakteri dapat menyebabkan resiko infeksi. Oleh karena itu perlunya diberikan perawatan luka yang bersifat steril. Luka *post sectio caesarea* dapat menyebabkan nyeri akibat adanya terputusnya jaringan dan menyebabkan gangguan rasa nyaman. Banyak dijumpai klien dengan

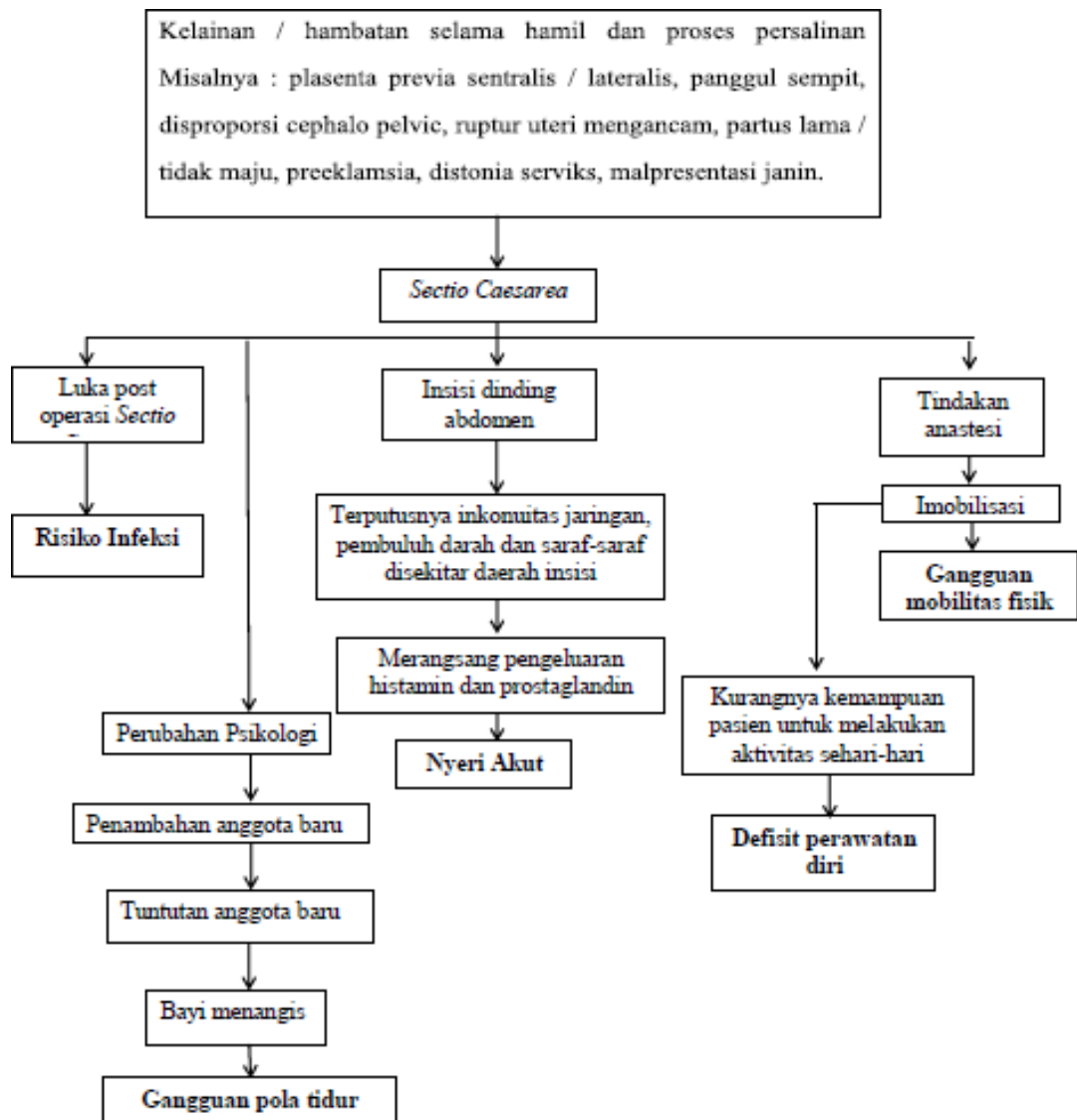
distensi kandung kemih yang terdapat udem dan memar di uretra bisa mengganggu eliminasi urine.

Post partum nifas dari aspek psikologi klien akan mengalami gangguan pola tidur dikarena tuntutan anggota baru yaitu seorang bayi yang biasanya menangis. Dan penurunan progesterone dan esterogen apabila involusi uterus adekuat akan mengeluarkan lochea dalam jumlah normal, dan jika involusi uterus tidak adekuat akan berakibat pada pendarahan yang mengakibatkan kelelahan dan mengalami penurunan dalam defisit perawatan diri, jika perdarahan hebat tidak segera di atasi dapat menyebabkan klien kekurangan volume cairan dan elektrolit dan menyebabkan syok hipovolemik (Nurarif & Kusuma,2015).

2.1.7 Pathway *Sectio Caesarea*

Gambar 2.9

Pathway *Sectio Caesarea*



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Martowirjo (2018) berpendapat pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin atau glukosa.
- d. Pelvimetri : menentukan CPD.
- e. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- g. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres : mengkaji respons janin terhadap gerakan atau stres dari pola kontraksi uterus atau pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya : memastikan status janin atau aktivitas uterus.

2.1.9 Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Penatalaksanaan *Sectio Caesarea* menurut Ramadanty (2019) adalah sebagai berikut :

- a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian Obat-Obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui oral obat yang dapat diberikan tramadol atau 18 paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan kaboransia seperti neurobian I vit C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

i. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

j. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

2.3 Konsep Teori Nyeri

2.3.1 Nyeri

Nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau mental, tetapi juga emosional individu. Nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi dari suatu daerah tertentu (Siti Cholifah, et al., 2020).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak nyaman, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau berpotensi terjadinya kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan jaringan (Aydede, 2017).

2.3.2 Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah *nociceptor* yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A mempunyai *myelin* sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki *myelin*, berukuran sangat kecil, sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi visceral dan terus-menerus.

Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti : kalium dan prostaglandin yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir di bagian kornu dorsalis medulla spinalis. Saat di kornu dorsalis, neuritransmitter seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktus spinolaminalis lalu informasi dengan cepat disampaikan ke pusat thalamus (Aydede, 2017).

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum menurut De Boer (2018) klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera

spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis.

2.3.4 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri. Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda (Aydede, 2017).

1. Respons Fisiologi

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan.

Tabel 2.1

Relaksi Fisiologis Terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
STIMULASI SIMPATIK*	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat

STIMULASI PARASIMPATIK	
Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan Otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vagal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

2. Respons Perilaku

Respons perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respons terhadap lingkungan (Aydede, 2017).

Respons perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 2. 2
Respons Perilaku Nyeri pada Klien

Respons Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak napas 4. Mendengkur
Eksplorasi wajah	1. Meringis 2. Menggertakkan gigi 3. Mengerutkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5. Menggigit bibir
Gerakan tubuh	1. Gelisah 2. Imobilisasi 3. Ketegangan otot 4. Peningkatan gerakan jari dan tangan 5. Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau

	berjalan
	6. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok
	7. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	1. Menghindari percakapan
	2. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri
	3. Menghindari kontak sosial
	4. Penurunan rentang perhatian

Menurut Dr. I Putu (2022), pada kasus nyeri tidak ditangani dapat menimbulkan masalah lainnya terhadap tubuh yaitu:

- a. Pada jantung akan menyebabkan peningkatan nadi, tekanan darah meningkat, kontraktilitas pompa jantung meningkat.
- b. Pada bagian paru akan terjadi gangguan dari perkembangan paru karena nyeri, penurunan kapasitas paru untuk bernafas, kesulitan untuk batuk yang nantinya akan menyebabkan infeksi paru-paru.
- c. Pada bagian pencernaan akan menyebabkan penurunan pergerakan usus, mual dan muntah.
- d. Pengaruh pada ginjal yang disebabkan oleh nyeri adalah penurunan volume urin hingga sulit untuk buang air kecil.
- e. Pada bagian otot akan terjadi kelemahan, pergerakan terbatas, otot akan menjadi kecil dan tubuh merasa lemah.
- f. Pada aspek psikologis dapat menyebabkan ansietas, ketakutan, depresi, penurunan kualitas hidup dan produktivitas.
- g. Secara umum akan terjadi penurunan durasi penyembuhan pada pasien, durasi rawat inap akan memanjang, terhambat dalam kembalinya aktivitas sehari-hari, peningkatan biaya untuk rawat inap.

2.3.5 Pengkajian Nyeri

Menurut Pinzon (2016) Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

1. Provocates/palliates (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.

2. Quality (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya.

3. Region (R)

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.

4. Severity (S)

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

5. Time (T)

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “sudah merasa nyeri berapa lama?”.

2.3.6 Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Sulistyo, 2016).

1. Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Digunakan pada pasien diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan rasa nyerinya dengan angka.

Gambar 2.10

Wong Baker FACES Pain Rating Scale



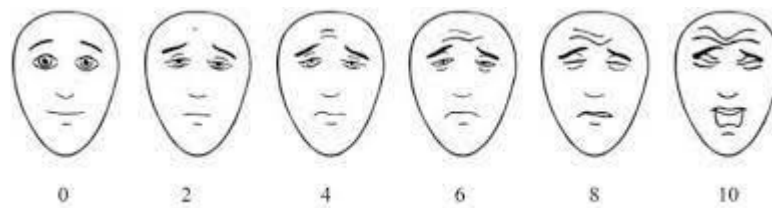
2. Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)

Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) adalah versi terbaru dari FPS, FPS-R menampilkan gambar enam wajah bergaris yang disajikan dalam orientasi horizontal. Pasien diinstruksikan untuk menunjuk ke wajah yang paling mencerminkan intensitas nyeri yang mereka rasakan. Ekspresi

wajah menunjukkan lebih nyeri jika skala digeser ke kanan, dan wajah yang berada di ujung sebelah kanan adalah nyeri hebat. Untuk anak sekolah berusia 4 - 12 tahun, skala pengukuran nyeri paling valid dan mampu mengukur nyeri akut dimana pengertian terhadap kata atau angka tidak diperlukan. Kriteria nyeri diwakilkan dalam enam sketsa wajah (dari angka tujuh / FPS sebenarnya) yang mewakili angka 0 - 5 atau 0 - 10. Anak - anak memilih satu dari enam sketsa muka yang memilih mencerminkan yang mereka rasakan. Skor tersebut nyeri menjadi nyeri ringan (0 - 3), nyeri sedang (4 - 6) dan nyeri berat (7 - 10) (Balga et al., 2013).

Gambar 2.11

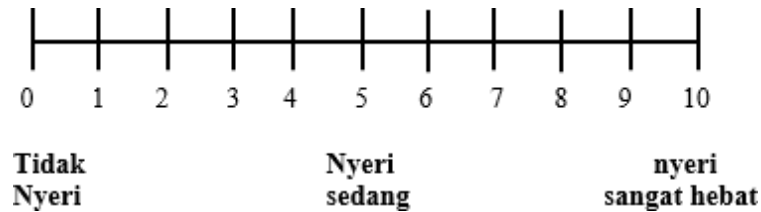
Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)



3. Skala Penilaian Numerik/Numeric Rating Scale (NRS)

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (De Boer, 2018).

Gambar 2.12
Numeric Rating Scale (NRS)



2.3.7 Penatalaksanaan Nyeri

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016).

Penanganan nyeri ada 2 yaitu :

1. Teknik farmakologis antara lain : (analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau otopiat, dan obat tambahan adjuvant).
2. Teknik non farmakologi intervensi non farmakologi salah satunya adalah terapi distraksi (Yadi et al., 2019).

2.4 Konsep Teori Teknik Relaksasi Genggam Jari

2.4.1 Definisi Teknik Reaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari adalah salah satu teknik relaksasi yang mudah agar seseorang mampu mengatur emosi dan mengembangkan kecerdasan emosionalnya (Tyas & Sadanoer, 2020). Teknik relaksasi

genggam jari atau yang juga disebut teknik relaksasi finger hold merupakan teknik relaksasi yang dapat dilakukan oleh siapapun yang pelaksanaannya berhubungan dengan jari tangan dan aliran energi dalam tubuh (Aswad, 2020).

Teknik relaksasi menggenggam jari adalah bagian dari teknik *Jin Shin Jyustu*. *Jin Shin Jyustu* merupakan salah satu teknik akupresur Jepang dimana seni ini merupakan seni yang menggunakan teknik sentuhan sederhana pada tangan dan pengaturan pada pernapasan untuk menyeimbangkan energi yang ada dalam tubuh seseorang. Setiap jari berhubungan dengan sikap dan perilaku kita sehari-hari di mana ibu jari berhubungan dengan rasa khawatir, jari telunjuk dengan rasa takut, jari tengah dengan kemarahan, jari manis dengan dengan rasa sedih, dan jari kelingking berhubungan dengan rasa rendah diri dan kecil hati (Danar, et al., 2022)

Menggenggam jari sambil mengatur pernapasan selama 3-5 menit merupakan teknik relaksasi yang dapat mengurangi ketegangan pada fisik dan emosi seseorang. Hal ini dikarenakan genggam pada jari akan menghangatkan titik masuk dan keluarnya energi meridian (*energy channel*) pada jari tangan kita sehingga tubuh akan merespon dengan melancarkan peredaran energi di dalamnya (Sulung & Rani, 2017).

2.4.2 Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut Tarwiyah, et al., (2022) relaksasi genggam jari dapat memberi manfaat :

1. Dapat mengurangi nyeri dan dan mengontrol diri ketika terjadi perasaan yang tidak nyaman.
2. Dapat menenangkan pikiran dan mengontrol emosi
3. Dapat memperlancar aliran darah
4. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam

2.4.3 Mekanisme Teknik Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi dengan menggenggam jari disertai mengatur nafas dapat mengurangi rasa tegang pada fisik dan emosi. Hal ini dikarenakan teknik relaksasi genggam jari akan menghangatkan titik masuk dan keluarnya energi pada saluran energi (meridian) yang berhubungan antara jari-jari tangan dengan organ dalam tubuh. Titik refleksi di tangan memberikan rangsangan refleksi (spontan) saat digenggam. Stimulasi ini mengirimkan semacam gelombang kejutan atau listrik ke otak. Gelombang ini diterima oleh otak, diproses dengan cepat, dan diteruskan ke saraf organ yang terkena sehingga penyumbatan jalur energi dilakukan dengan lancar. Keadaan rileks secara alami memicu pelepasan endorfin. Hormon-hormon ini merupakan pereda nyeri alami dari tubuh, sehingga nyeri berkurang (Nita, et al., 2019).

Relaksasi genggam jari ini adalah menggenggam jari sambil menarik nafas dalam (relaksasi) sehingga dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik keluar dan masuknya energi pada *meridian* (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita oleh (Tarwiyah, et al., 2022).

Relaksasi genggam jari diberikan setelah pasca operasi yaitu 6-7 jam setelah pemberian obat analgesik selama 2-4 jam. Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan diberikan minimal selama 3 hari. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan nyeri pada semua klien pasca operasi, kecuali pada klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi (Indriani S, 2020).

2.4.4 Langkah–langkah Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut Sulung dan Rani (2017) langkah-langkah teknik relaksasi genggam jari antara lain :

1. Posisikan pasien berbaring lurus pada tempat tidur
2. Minta pasien untuk mengatur napas serta merileksasikan otot (ketika bernafas, hiruplah dengan rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan)
3. Hembuskan napas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepas semua perasaan - perasaan negatif dan masalah - masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita yang berhubungan dengan kerusakan jaringan karena post operasi sectio caesarea).
4. Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari – jari tangan.

5. Genggam ibu jari selama 3-5 menit dengan napas secara teratur kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari berikutnya dengan rentang waktu yang sama.

Gambar 2.12
Teknik Relaksasi Genggam Jari



2.4.5 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

Tabel 2. 3
Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari	
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusiadan dapat mengurangi rasa nyeri.
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 5. Melancarkan aliran dalam darah
Prosedur	Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari. a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman. b. Siapkan lingkungan yang tenang. c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan. e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari. f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang. g. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata.

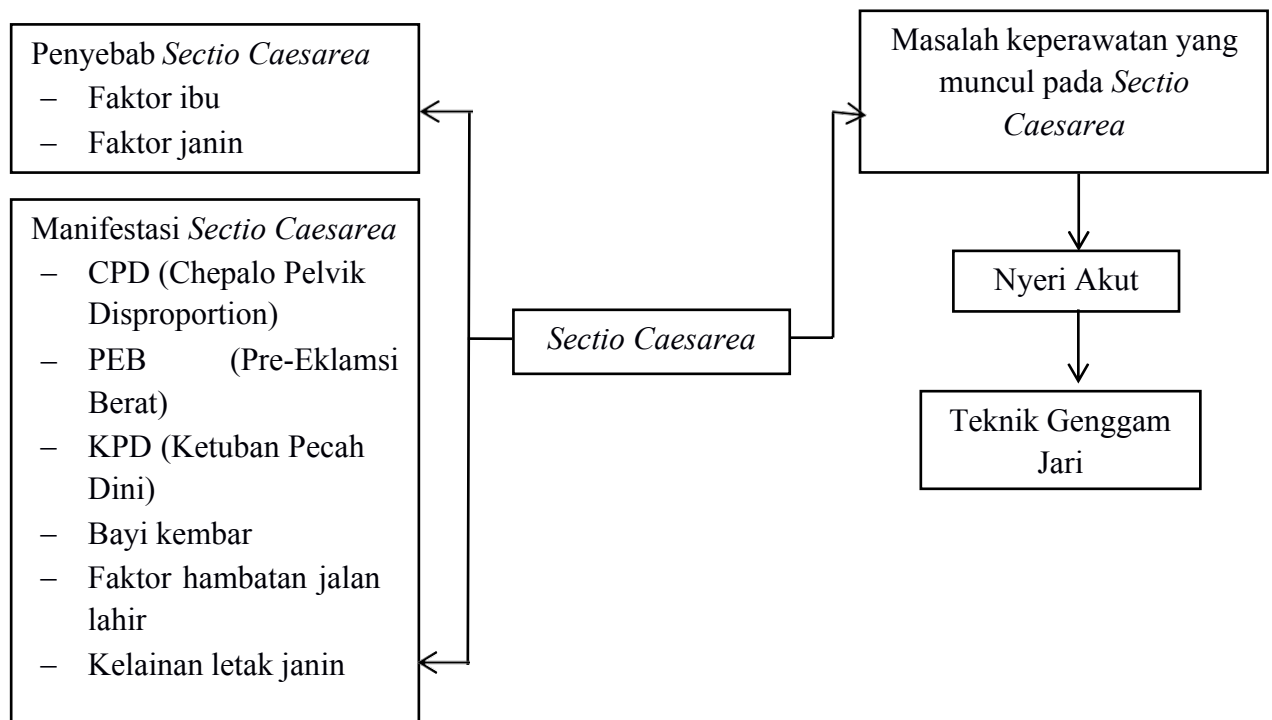
-
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja.
 - i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut.
 - j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur.
 - k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan.
 - l. Minta pasien untuk menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran.
 - m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari.
 - n. Dokumentasi respon pasien.
-

2.5 Kerangka Konseptual

Bagan 2.1

Kerangka Konseptual

Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Dan Intervensi Relaksasi Genggam Jari Di Ruang Nifas
Rsud Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat



Sumber: (Martowirjo, 2018) , (Falentina, 2019), (Walyani, 2015).