

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari**

##### **2.1.1 Definisi**

Teknik relaksasi genggam jari merupakan teknik relaksasi sangat mudah untuk dilakukan oleh siapapun. Teknik ini berhubungan dengan jari dan aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil mengatur pernapasan secara teratur dapat mengurangi atau menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik relaksasi genggam jari ini nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jaringan pembuluh darah dan saraf dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga bisa memberi rangsangan reflek secara spontan pada saat tangan digenggamkan. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Larasati & Hidayati, 2022).

##### **2.1.2 Mekanisme**

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang di kirim 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, sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam

jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Astutik & Kurlinawati, 2017).

Relaksasi genggam jari dapat membantu mengendalikan dan mengembalikan emosi, ketenangan dalam diri individu disebabkan oleh relaksasi yang dapat membangun pikiran positif. Pikiran tersebut yang dapat menstimulasi otak untuk menghasilkan hormon endorfin dan menurunkan hormon kortisol. Terapi genggam jari akan menstimulasi pengeluaran hormone melatonin dan memproduksi zat  $\beta$  endorphin dan encephalin, keduanya mampu membuat tubuh menjadi rileks, tenang, rasa nyeri berkurang dan menimbulkan perasaan senang (Rahmah, 2021).

### **2.1.3 Manfaat**

Manfaat teknik relaksasi genggam jari adalah untuk mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak yang kemudian akan diproses dengan cepat dan diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Pinandita et al., 2012) dalam (Danilo Gomes de Arruda, 2021).

Menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017) adapun manfaat teknik relaksasi genggam jari yaitu :

1. Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman.
2. Memperbaiki aspek emosi.
3. Menurunkan kecemasan dan depresi.
4. Menurunkan rasa nyeri.

#### 2.1.4 Tujuan

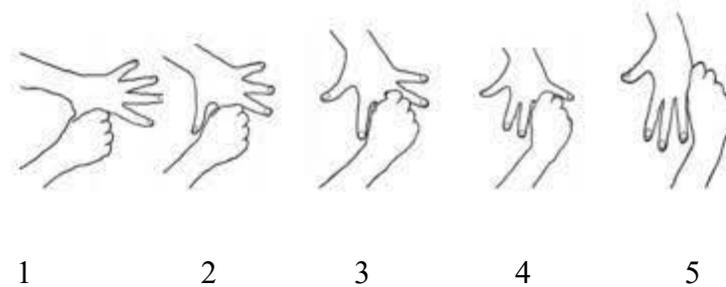
Relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu tubuh, pikiran, dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Prasetyo, 2010) dalam (Astutik & Kurlinawati, 2017).

#### 2.1.5 Prosedur Penatalaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik ini dilakukan pada pasien post operasi *sectio caesarea* pada hari pertama, sekitar 7-8 jam setelah pemberian analgesik, pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat akan dilakukan tindakan. Lakukan pengkajian nyeri terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan (Anisa, 2017). Langkah prosedurnya adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan tindakan dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan pada pasien serta menanyakan kesediaannya.
2. Posisikan pasien dengan berbaring lurus di tempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merilekskan semua otot.
3. Perawat duduk berada di samping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
4. Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur.
5. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan bernapas secara teratur, untuk kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama.
6. Setelah kurang lebih 15 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.

7. Session selesai dengan menanyakan kembali bagaimana tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan.
8. Rapikan pasien dan tempat seperti semula.



Gambar 2.1 Teknik Relaksai Genggam Jari

## 2.2 Konsep Mobilisasi Dini

### 2.2.1 Definisi

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan atau belajar berjalan. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah, mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan (Apriani, 2019).

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea*. Untuk mencegah komplikasi post operasi *sectio*

*caesarea* ibu harus segera dilakukan mobilisasi sesuai dengan tahapannya. Oleh karena setelah mengalami *sectio caesarea*, seorang ibu disarankan tidak malas untuk bergerak pasca operasi *sectio cesarea*, ibu harus mobilisasi cepat. Semakin cepat bergerak itu semakin baik, namun mobilisasi dini harus tetap dilakukan secara hati-hati (Apriani, 2019).

### 2.2.2 Tujuan

1. Membantu proses penyembuhan ibu yang telah melahirkan
2. Untuk menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi *section caesarea*
3. Mengurangi resiko terjadinya kontipasi, mengurangi terjadinya decubitus kekakuan atau peregangan otot-otot diseluruh tubuh
4. Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pernafasan maupun berkemih (Rodrigo Garcia Motta, Angélica Link, Viviane Aparecida Bussolaro et al., 2021).

### 2.2.3 Manfaat

Menurut (Potter, 2006), ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari dilakukannya mobilisasi dini pada klien, yaitu:

1. Sistem respiratori

Meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernapasan diikuti oleh laju istirahat kembali lebih cepat juga dapat meningkatkan ventilasi alveolar (normal 5-6 L/mnt), menurunkan kerja pernapasan, meningkatkan pengembangan diafragma jika mengubah posisi pasien 2 jam sekali.

2. Sistem kardiovaskuler

Meningkatkan curah jantung, memperbaiki kontraksi miokardial, menguatkan otot jantung dan menyuplai darah ke jantung dan otot yang

sebelumnya terjadi pengumpulan darah pada bagian ekstermitas, menurunkan tekanan darah istirahat, serta memperbaiki aliran balik vena. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (cardiac output) normalnya adalah 5 L/mnt, dengan melakukan mobilisasi meningkat sampai 30 L/mnt.

### 3. Sistem metabolik

Meningkatkan laju metabolisme basal dimana apabila pasien melakukan aktivitas berat maka kecepatan metabolisme dapat meningkat hingga 20 kali dari kecepatan normal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecahan trigliserida, meningkatkan motilitas lambung, serta meningkatkan produksi panas tubuh.

### 4. Menurunkan insiden komplikasi

Mencegah hipotensi/ tekanan darah rendah, otot mengecil, hilangnya kekuatan otot, konstipasi, meningkatkan kesegaran tubuh, dan mengurangi tekanan pada kulit yang dapat mengakibatkan kulit menjadi merah atau bahkan lecet.

### 5. Sistem musculoskeletal

Memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mengurangi kehilangan tulang, meningkatkan toleransi aktivitas dan mengurangi kelemahan pada pasien.

## **2.2.4 Mekanisme Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Nyeri**

Perawatan pasien pasca bedah dapat menjadi kompleks akibat perubahan fisiologis yang mungkin terjadi. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada

proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat (Pristahayuningtyas et al., 2016).

Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya (Ditya et al., 2016).

### **2.2.5 Prosedur Mobilisasi Dini**

1. Tahap pra interaksi
  - 1) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan.
  - 2) Melihat data atau riwayat SC pasien
  - 3) Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat
  - 4) Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini
  - 5) Mencuci tangan.
2. Tahap orientasi
  - 1) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
  - 2) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu
  - 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur.
  - 4) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
3. Tahap kerja

Pada 6 jam pertama post SC

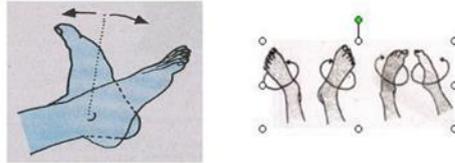
  - 1) Menjaga privasi pasien

- 2) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
- 3) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
- 4) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
- 5) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas
- 6) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
- 7) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

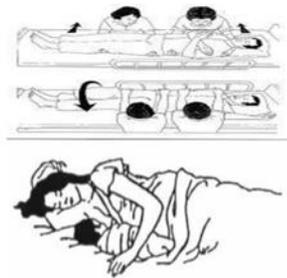
Pada 6-10 jam berikutnya

- 1) Latihan miring kanan dan kiri
  - 2) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain
4. Evaluasi dan tindak lanjut
- 1) Melakukan evaluasi Tindakan
  - 2) Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga
  - 3) Salam terapeutik dengan klien

## 4) Mencuci tangan

**Gerakan 6 jam pertama post *sectio caesarea***

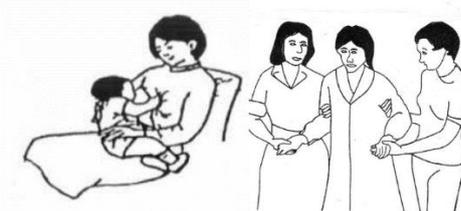
Menggerakan pergelangan kaki ke depan kebelakang dan gerakan memutar setelah itu memindahkan/ menggeser kaki dari posisi yang semula.

**Gerakan 6 -10 jam pertama post *sectio caesarea***

Ibu berlatih miring kanan dan miring kiri yang kemudian dilanjutkan ibu berlatih menyusui bayi dengan posisi miring sama seperti dengan gambar disamping

**Gerakan pada 24 jam pertama post *sectio caesarea***

Menganjurkan ibu untuk duduk semi fowler dan menyusui bayi dengan posisi semi fowler

**Gerakan pada 2-5 hari post *sectio caesarea***

Mengajarkan ibu untuk latihan berjalan dan mengajarkan menyusui dengan posisi duduk tegak.

Gambar 2.2 Gerakan Mobilisasi Dini

Sumber : (Azizah & others, 2017)

### **2.2.6 Hambatan Melaksanakan Mobilisasi Dini**

Ada beberapa hambatan seseorang melakukan mobilisasi dini yaitu dari faktor fisiologis, faktor emosional, dan faktor perkembangan. Dari faktor fisiologi seperti nyeri maka ibu dapat mengalami hambatan mobilisasi dini. Sedangkan dari faktor emosional, ibu yang merasa cemas (ansietas) dan emosi, dan dari faktor perkembangan sendiri, yang mempengaruhi mobilisasi yaitu perubahan masa otot, perubahan perkembangan yaitu seperti penampilan tubuh, fungsinya serta perubahan sistem skeletal pada ibu post *section caesarea* (Noven et al., 2018).

### **2.2.7 Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini**

Jika mobilisasi tidak dilakukan pada pasien pasca *sectio caesarea* maka akan menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis. Bahaya fisiologis mempengaruhi fungsi metabolisme normal, menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak dan protein menyebabkan ketidakseimbangan cairan elektrolit dan kalsium dan dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan konstipasi dan impaksi (Nadiya & Mutiara, 2018).

## **2.3 Konsep Kenyamanan**

### **2.3.1 Definisi**

Teori comfort (kenyamanan) merupakan middle range theory yang dikembangkan oleh Katharine Kolcaba sejak tahun 1990. Teori comfort merupakan middle range theory karena mempunyai batasan konsep dan proposisi, tingkat abstraksinya rendah dan mudah untuk diterapkan pada pelayanan keperawatan (Kolcaba & others, 2003). Kenyamanan adalah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit sampai sehat dan kenyamanan merupakan label

tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat terhadap pasien. Menurut (Kolcaba & others, 2003) comfort mempunyai arti yang holistik dan kompleks. Kolcaba dalam teori comfort yang dikembangkan menyebutkan holistic comfort merupakan bentuk kenyamanan yang meliputi tiga tipe comfort yaitu relief, ease dan transcendence yang digabungkan dalam empat konteks yaitu physical, psychospiritual, sociocultural dan environmental (Dimarco & Kolcaba, 2005).

### **2.3.2 Jenis Kenyamanan**

#### 1. Tipe kenyamanan (Alligood, 2017)

##### 1) Kelegaian/Relief

Suatu pernyataan pasien yang menyatakan memiliki suatu kebutuhan yang spesifik telah terpenuhi

##### 2) Kententraman/Ease

Suatu pernyataan pasien tentang ketenangan dan kepuasan

##### 3) Transendensi/Transcendence

Suatu pernyataan terhadap satu kondisi pasien diatas satu masalah atau nyeri. Sebuah pernyataan dari pasien telah melampaui kesakitan atau permasalahannya.

#### 2. Konteks dimana kenyamanan muncul (Alligood, 2017)

##### 1) Physical /Fisik

Berhubungan dengan sensasi dalam tubuh. Apa yang dirasakan secara fisik atau jasmaniah

##### 2) Psychospiritual

Berhubungan dengan psikologi pasien atau kesadaran diri sendiri, seperti rasa percaya diri, harga diri, konsep diri, seksualitas, dan arti dari suatu kehidupan.

3) Environmental

Berhubungan dengan sumber daya eksternal, suatu kondisi, dan suatu pengaruh lingkungan yang menyebabkan perubahan kenyamanan

4) Social

Berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan hubungan sosial.

### **2.3.3 Kerangka Kenyamanan**

Berdasarkan teori comfort, ada beberapa konsep teori yang harus dipahami oleh perawat dalam melakukan intervensi pada pasien dan keluarga (Fabiana Meijon Fadul, 2019), yaitu:

1. Pasien-pasien/keluarga memiliki respon holistik terhadap rangsangan yang kompleks.
2. Rasa aman merupakan hasil yang bersifat holistik yang berhubungan erat dengan disiplin ilmu keperawatan, termasuk dalam keperawatan pasien.
3. Rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar bagi pasien dan keluarga, dan untuk memenuhinya diperlukan bantuan perawat.
4. Kebutuhan rasa nyaman bagi pasien-pasien/keluarga bervariasi.
5. Pemenuhan kenyamanan pada pasien/keluarga baik secara fisiologis dan psikologis, lebih mudah daripada mengobati ketidaknyamanan.
6. Ketika ketidaknyamanan seperti kekacauan lingkungan atau sakit tidak dapat di cegah, pasien-pasien/keluarga bisa dibantu untuk mengalami sebagian atau melengkapi kenyamanan transendensi melalui intervensi yang menyampaikan harapan, sukses, kepedulian, dan dukungan bagi ketakutan mereka.
7. Ketika perawat menerapkan teori comfort dalam intervensi keperawatan maka mereka harus mempertimbangkan keunikan dan kompleksitas pasien

dalam konteks sistem keluarga. Dengan demikian teori comfort menawarkan cara yang efisien dalam perencanaan keperawatan.

## **2.4 Konsep Nyeri**

### **2.4.1 Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015). Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) nyeri merupakan suatu mekanisme protektif bagi tubuh, nyeri timbul bila jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan nyeri tersebut.

Nyeri dapat terjadi pada setiap orang, tanpa memandang umur, jenis kelamin, ras, status sosial, dan pekerjaan. Nyeri merupakan salah satu tanda vital tubuh yang dapat berfungsi sebagai mekanisme proteksi tubuh, dan penunjang diagnostik. Pada umumnya nyeri yang timbul akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau disebut nyeri akut, hal yang sama timbul tanpa adanya kerusakan jaringan yang nyata atau timbul setelah proses penyembuhan disebut dengan nyeri kronik (Aditya & Suranada, 2018).

### **2.4.2 Mekanisme Nyeri**

Suatu proses neurofisiologis yang kompleks, disebut sebagai nosiseptif merupakan rangkaian dari proses mekanisme nyeri, dimana terdiri empat proses, proses transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Dimulai dari adanya stimulus diperifer sampai dirasakan nyeri pada sistem saraf pusat (Arya, 2017).

1. Transduksi ialah proses perubahan energi, akibat rangsangan dari stimulus noxius (mekanikal, kimia, termal), yang diubah menjadi aktivitas elektrik di ujung-ujung saraf, oleh reseptor sensoris yang dinamakan nosiseptor.
2. Transmisi merupakan proses penyaluran sinyal neural dari proses transduksi di perifer, yang diteruskan ke medulla spinalis dan otak.
3. Modulasi merupakan proses inhibitor pada jalur desenden dan mempengaruhi penyaluran sinyal nosiseptif pada setiap tingkat di medulla spinalis.
4. Persepsi ialah, hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi sepanjang aktivasi sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri dan masukan lain bagian otak yang akhirnya menghasilkan suatu penafsiran subjektif yang disebut persepsi nyeri.

### **2.4.3 Klasifikasi Nyeri**

1. Berdasarkan sumbernya
  - 1) Cutaneus/ superfisial, yaitu nyeri yang mengenai kulit/ jaringan subkutan, biasanya bersifat burning (seperti terbakar).
  - 2) Deep somatik/nyeri dalam, yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan syaraf, nyeri menyebar dan lebih lama daripada cutaneus. (ex: sprain sendi).
  - 3) Visceral (pada organ dalam), stimulasi reseptor nyeri dalam rongga abdomen, kranium, dan thorak. Biasanya terjadi karena spasme otot, iskemia, regangan jaringan

## 2. Berdasarkan durasi

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis:

- 1) Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.
- 2) Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahalahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomati (Kochiki, Sarmadunya, G, M. et al., 2018).

### **2.4.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), faktor faktor yang mempengaruhi respon nyeri adalah:

#### 1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi seseorang bereaksi terhadap nyeri.

#### 2. Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam nyeri.

#### 3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi cara seseorang mengatasi nyeri.

#### 4. Makna nyeri

Makna atau nyeri mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri dan caranya beradaptasi terhadap nyeri. Makna ini berkaitan erat dengan latar belakang budaya orang tersebut.

5. Perhatian

Tingkat seseorang dalam memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri.

6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

7. Kelelahan

Rasa lelah menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

8. Pengalaman terdahulu

Seseorang yang sering mengalami nyeri atau sejak lama mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang ulang, kemudian nyeri berhasil diatasi, akan menyebabkan individu tersebut lebih mudah menginterpretasikan sensasi nyeri. Sebaliknya, apabila seseorang tidak pernah merasakan nyeri maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

9. Gaya coping

Sumber sumber coping seperti komunikasi dengan keluarga atau melakukan Latihan dapat mengurangi nyeri.

10. Dukungan keluarga dan sosial

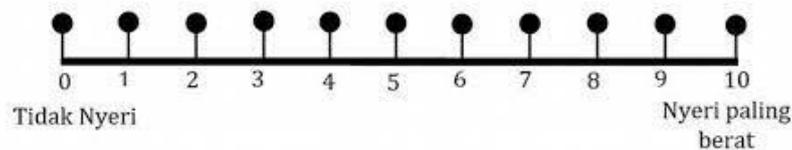
Faktor lain yang bermakna memengaruhi respons nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap seseorang yang mengalami nyeri.

### 2.4.5 Metode Pengukuran Nyeri

Menurut (Mubarak et al., 2015) dalam (Anggarini, 2018) penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keteranangan pasien digunakan untuk menilai derajat intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu:

#### 1. Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal /Verbal Descriptor Scale (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini.



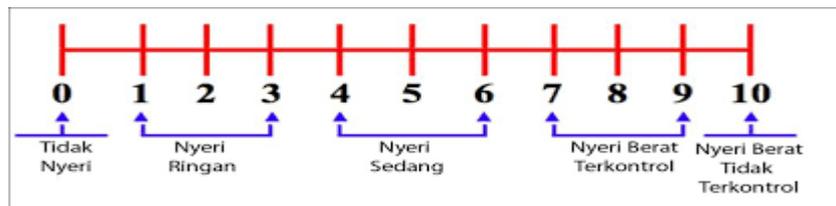
Gambar 2.3 Skala Nyeri Deskriptif

Sumber : (Mubarak, 2016)

#### 2. Numerical Rating Scale (NRS)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada

skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan.



Gambar 2.4 Skala Nyeri Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber : (Latifah & Ramawati, 2018)

### 3. Faces Scale (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif.



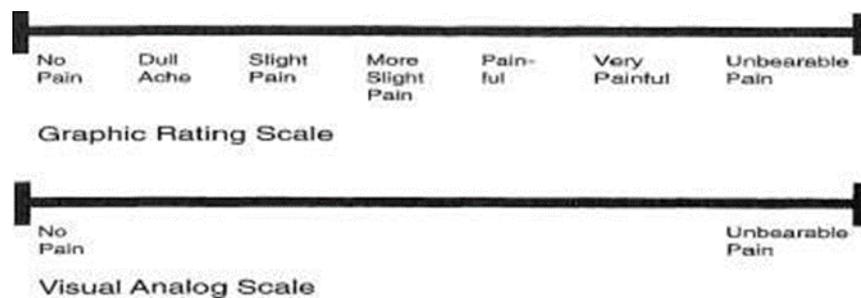
Gambar 2.5 Wong Baker Faces Scale

Sumber : (Imanniah, 2019)

### 4. Skala Analog Visual

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus horizontal sepanjang 10 cm yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk pada titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau

“tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam sentimeter. VAS adalah suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri.



Gambar 2.6 Visual Analog Scale

Sumber : (Andarmoyo, 2013)

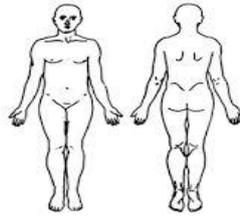
##### 5. *McGill Pain Questioner*

Pengukuran nyeri menggunakan skala nyeri *McGill*. *McGill* merupakan alat ukur yang sederhana untuk mengukur / mengetahui perkiraan derajat / intensitas nyeri secara subjektif berdasarkan kuisisioner. Rentang intensitas nyeri dapat di tentukan dengan 4 cara yaitu dengan menggunakan skala intensitas nyeri baik yang berupa skala intensitas nyeri diskriptif sederhana, skala intensitas nyeri numerik 0 sampai dengan 10, dengan skala analog visual dan dengan menggunakan kuesioner *McGill*. Penggunaan skala intensitas nyeri ini didasarkan pada pertimbangan bahwa individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya individu diminta untuk memverbalkan atau menunjukkan tingkat nyerinya (Fernandes, 2014).

**McGill Pain Questionnaire**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ am/pm

PRI: S \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ PRI(T) \_\_\_\_\_ PPI \_\_\_\_\_  
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING	11 TIRING	BRIEF _____ MOMENTARY _____ TRANSIENT _____	RHYTHMIC _____ PERIODIC _____ INTERMITTENT _____	CONTINUOUS _____ STEADY _____ CONSTANT _____
2 JUMPING	12 SICKENING			
3 PRICKING	13 FEARFUL			
4 SHARP	14 PUNISHING	 <p style="text-align: center;">E = EXTERNAL I = INTERNAL</p>		
5 PINCHING	15 WRETCHED			
6 TUGGING	16 ANNOYING			
7 HOT	17 SPREADING			
8 TINGLING	18 TIGHT			
9 DULL	19 COOL			
10 TENDER	20 NAGGING			
	0 NO PAIN			
	1 MILD			
	2 DISCOMFORTING			
	3 DISTRESSING			
	4 HORRIBLE			
	5 EXCRUCIATING			

COMMENTS:

Gambar 2.7 McGill Pain Questioner

Sumber : (Gupta &amp; Mohan, 2016)

#### 2.4.6 Pengkajian Nyeri

Menurut (Zakiyah et al., 2021) menyebutkan untuk mendapatkan pengkajian secara komprehensif dapat menggunakan pendekatan alternatif berdasarkan *hierarchy of pain measures*.

1. Mengkaji Laporan Nyeri dari pasien
2. Mencari penyebab nyeri sebagai berikut:

Mempertimbangkan kondisi patologi pasien seperti trauma, operasi, luka, atau paparan prosedur umum yang dapat menimbulkan nyeri iatrogeni c seperti perawatan luka, rehabilitasi, pengambilan darah, dan sebagainya.

3. Mengamati tanda tanda perubahan perilaku (misalnya ekspresi wajah, menangis, gelisah, dan perubahan dalam aktivitas).

4. Evaluasi indicator fisiologis Evaluasi ini didasarkan pada pema haman bahwa respons fisiologis adalah indikator paling sensitive untuk nyeri dan mungkin menandakan keberadaan kondisi selain nyeri (misalnya, hipovolemia dan kehilangan darah).
5. Melakukan percobaan analgesic untuk menginformasikan adanya nyeri dan untuk mengembangkan rencana perawatan dasar jika nyeri diyakini ada.

## 2.5 Konsep Sectio Caesrea

### 2.5.1 Definisi

*Sectio caesarea* adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (laparatomi) dan uterus (histerotomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih, yang disebabkan karena adanya kelainan gaya ekspulsif, kelainan tulang panggul ibu, kelainan persentasi, posisi atau perkembangan janin dan kelaian jaringan lunak saluran reproduksi yang membentuk penghalang bagi turunnya janin (Nikmathul, 2020)

*Sectio caesarea* merupakan persalinan dengan indikasi tertentu yang mengharuskan dilakukanya metode pembedahan pada dinding abdomen guna mengeluarkan seorang bayi dengan aman (Ahsan et al., n.d.). *Sectio caesarea* adalah prosedur operatif melalui tahap anestesia sehingga janin, plasenta dan ketuban di lahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus. Prosedur ini biasanya di lakukan setelah viabilitas tercapai dengan usia kehamilan lebih dari 24 minggu (Djala & Tahulending, 2018).

### 2.5.2 Etiologi

#### 1. Etiologi yang berasal dari ibu :

Menurut (Manuaba (2012) dalam (Fabiana, 2019) adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, 31 kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

#### 2. Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

### 2.5.3 Klasifikasi

Secara umum tindakan *sectio caesarea* dapat dibagi menjadi 3 jenis (Aspiani, 2017) :

#### 1. Sectio transperitonealis profunda

Sectio cesaria transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah Rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang. Keunggulan/kelebihan cara ini antara lain sebagai berikut :

- 1) Perdarahan luka insisi tidak banyak.
- 2) Penjahitan luka lebih mudah.
- 3) Penutupan luka dengan reperitoneal yang baik.

- 4) Bahaya peritonitis tidak besar.
- 5) Tumpang tindih dari peritoneal Flap baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum.
- 6) Perut pada eterus umumnya kuat, sehingga bahaya ruptur uteri tidak besar di kemudian hari.

## 2. Sectio korporal atau klasik

Insisi di buat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah di lakukan, hanya di selenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan sectio caesaria transperitonialis profunda misalnya. Melekat erat uterus pada dinding perut karena sectio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

### 1) Kelebihan :

- (1) Menegluarkan janin lebih cepat.
- (2) Tidak mengakibatkan komplikasi kantung kemik tertarik.
- (3) Sayatan bisa diperpanjang paroksimal atau distal.

### 2) Kekurangan :

- (1) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik.
- (2) Untuk persalinan berikutnya sering terjadi ruptur uteri spontan.

## 3. Sectio Caesarea Peritoneal

Dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jarang di lakukan. Rongga peritoneum tak dibuka, dilakukan pada pasien infeksi uterin berat.

- 1) Menurut arah sayatan pada rahim SC dapat dilakukan sebagai berikut :
    - (1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kroning.
    - (2) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.
  - 2) Berdasarkan saat dilakukan sectio caesaria dapat dibagi atas :
    - (1) Sectio primer : direncanakan pada waktu antenatal care.
    - (2) Sectio sekunder : tidak direncanakan terlebih dahulu sewaktu sulit.
4. Sectio Caesarea Hysterectomy
- Setelah sectio caesaria, dilakukan hysterectomy dengan indikasi :
- 1) Anterior urethri
  - 2) Placenta accrete
  - 3) Myoma uteri
  - 4) Infeksi intra uteri Section caesaria berat.

#### **2.5.4 Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis sectio caesarea antara lain :

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

10. Status pulmonary bunyi paru jelas dan vasikuler
11. Pada kelahiran *sectio caesarea* tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur (RI, 2019).

### 2.5.5 Indikasi Sectio Caesarea

Menurut Rasjidi (2009) dalam (Dahlia, 2016) indikasi dan kontra indikasi dari Sectio Caesarea sebagai berikut:

#### 1. Indikasi mutlak

Indikasi Ibu :

- 1) Panggul sempit absolut
- 2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
- 3) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- 4) Stenosis serviks atau vagina
- 5) Placenta previa
- 6) Disproporsi sefalopelvik
- 7) Ruptur uteri membakat.

Indikasi Janin :

- 1) Kelainan letak
- 2) Gawat janin
- 3) Prolapsus placenta
- 4) Perkembangan bayi yang terhambat
- 5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

## 2. Indikasi relatif

- 1) Riwayat Sectio Caesarea sebelumnya
- 2) Presentasi bokong
- 3) Distosia
- 4) Fetal distress
- 5) Preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- 6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu.

## 3. Indikasi sosial

- 1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
- 2) Wanita yang ingin Sectio Caesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul
- 3) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

### **2.5.6 Kontraindikasi**

Kontraindikasi sectio caesarea meliputi kelainan kongenital, kematian janin, ibu hamil syok dan anemia berat (Prawirohardjo, 2016). Menurut Harry Oxorn & William R. Forte (2010) di dalam Suparyanto dan Rosad (2015, 2020) Sectio caesarea jarang dilakukan bila keadaan seperti berikut :

1. Ketika janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi *sectio caesarea* yang tidak diperlukan tetapi dapat dilakukan kuretase.
2. Ketika jalan lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk caesarea extraperitoneal tidak tersedia.

3. Ketika dokter bedahnya tidak berpengalaman, kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau jika tidak tersedia tenaga asisten yang memadai.

### **2.5.7 Penatalaksanaan**

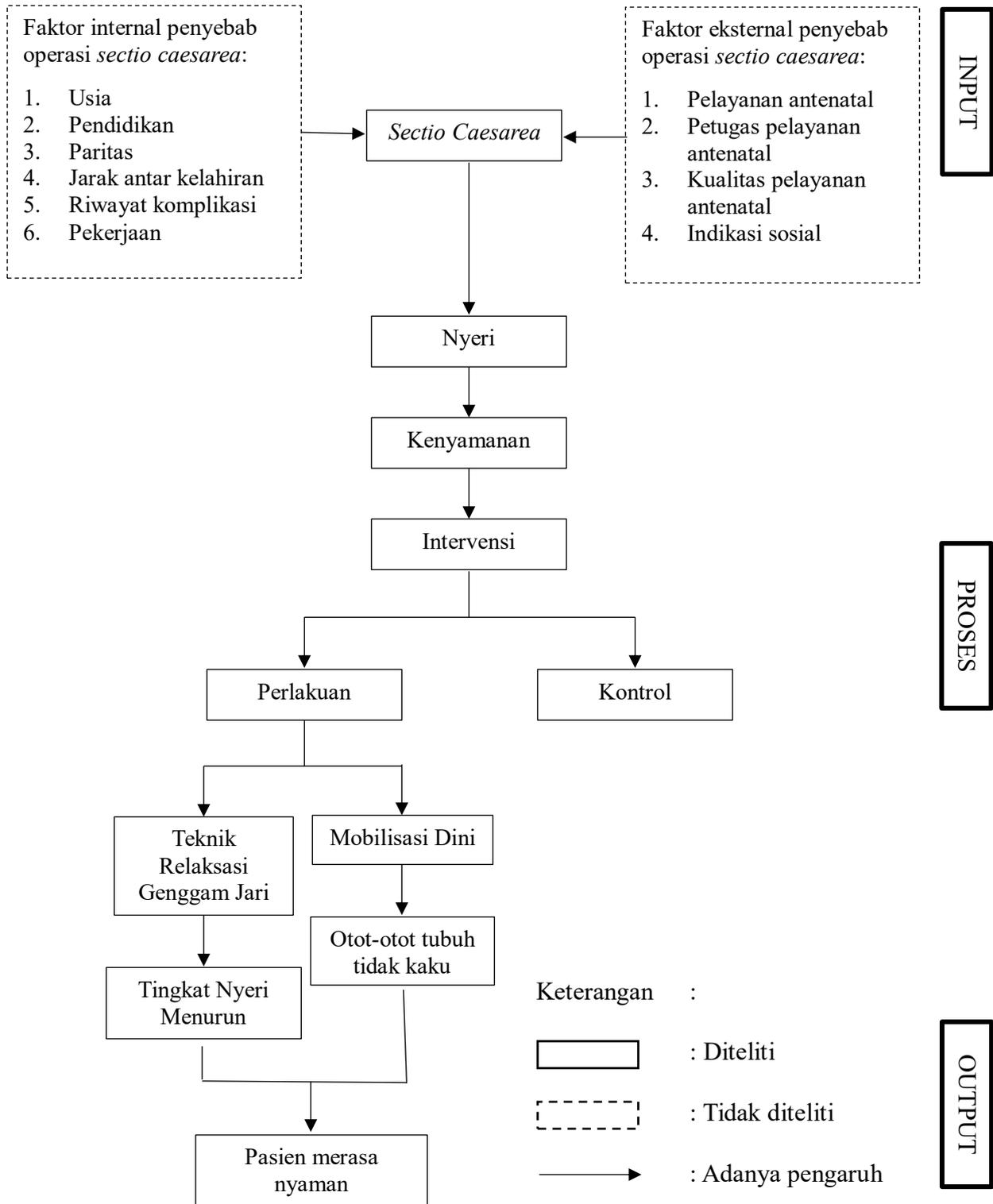
Penatalaksanaan pasca operasi meliputi pemantauan diruang pemulihan dan diruang rawat sebagai berikut (Sella, 2019).

1. Penatalaksanaan ruang pemulihan meliputi jumlah perdarahan pervagina harus dimonitor secara teliti, fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa kontraksi uterus dalam keadaan tetap kuat. Palpasi abdomen dapat menyebabkan nyeri yang hebat sehingga pasien dapat ditoleran dengan pemberian analgetik.
2. Penatalaksanaan di ruang rawat dapat dilakukan setelah pasien dipindahkan di ruang rawat tanda vital dievaluasi paling sedikit setiap jam selama minimal 4 jam.
3. Terapi cairan dan makanan. Pasien post sectio caesarea pada umumnya memerlukan 3 liter cairan untuk 24 jam pertama setelah pembedahan. Apabila urine yang dikeluarkan mengalami penurunan atau kurang dari 30 ml/jam pasien harus segera dievaluasi. Penyebab oligouria dapat disebabkan oleh pengeluaran darah yang tidak diketahui sampai efek antidiuretik dari infus oksitosis.
4. Fungsi kandung kemih dan usus. Kateter biasanya dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau 24 jam setelah pembedahan.
5. Mobilisasi Dini pada sebagian besar kasus, satu hari setelah pembedahan pasien biasanya dapat turun dari tempat tidur dengan bantuan paling sedikit

2 kali. Pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan bantuan. Dengan mobilisasi dini, trombosis vena dan emboli paru jarang terjadi.

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka Konsep Penelitian



Bagan 2.1 Kerangka Konsep Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Dan Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Dan Kenyamanan Pada Pasien *Post Operasi Sectio Caesarea*

Penjelasan :

Faktor internal maupun eksternal dapat menjadi penyebab seseorang ibu melahirkan dengan cara operasi *sectio caesarea*. Operasi SC yaitu tindakan operasi dengan cara melakukan sayatan pada area abdomen dan dinding rahim. Sayatan itulah yang kemudian menimbulkan rasa nyeri saat operasi selesai. Nyeri bisa saja dirasakan mulai dari skala ringan sampai nyeri berat. Adanya rasa nyeri mengakibatkan kenyamanan terganggu dan sulit melakukan aktivitas. Dalam kondisi kesehatan yang menurun dapat dilakukan intervensi. Intervensi yang diberikan yaitu teknik relaksasi genggam jari dan mobilisasi dini dengan pretest post test untuk mengukur penurunan nyeri dan pasien merasa nyaman.

## 2.7 Hipotesis Penelitian

H1 :

1. Adanya perbedaan pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada ibu post SC sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari
2. Adanya perbedaan pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada ibu post SC sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini
3. Adanya perbedaan pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap kenyamanan pada pasien post SC sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi genggam jari
4. Adanya perbedaan pengaruh mobilisasi dini terhadap kenyamanan pada pasien post SC sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini
5. Adanya perbedaan pengaruh teknik relaksasi genggam jari dan mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri ibu post SC
6. Adanya perbedaan pengaruh teknik relaksasi genggam jari dan mobilisasi dini terhadap kenyamanan ibu post SC.