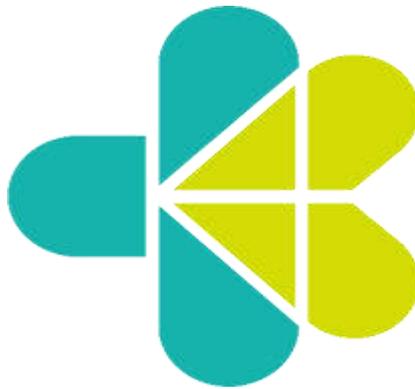


KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN *SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI GENGAM JARI DAN
STRESS BALL PADA PASIEN KECEMASAN
DI RUANG TERATAI RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2024**



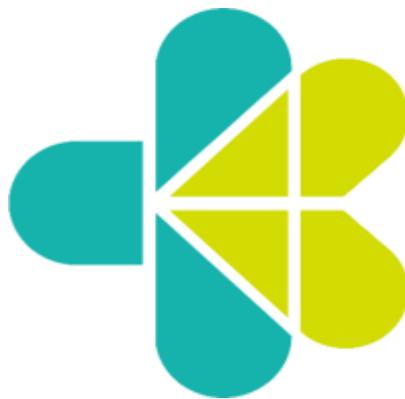
DISUSUN OLEH :

**SILVA SALSABILLA
NIM. P00320121048**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN *SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI GENGAM JARI DAN
STRESS BALL PADA PASIEN KECEMASAN
DI RUANG TERATAI RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2024**



**Disusun sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**

DISUSUN OLEH :

**SILVA SALSABILLA
NIM. P00320121048**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2024**

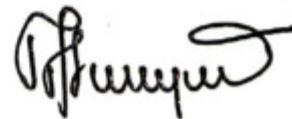
LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :
Nama : Silva Salsabilla
Tempat, Tanggal Lahir : Muara Aman, 20 Mei 2003
N I M : P00320121048
Judul KTI : Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea* Pada Pasien
Kecemasan Dengan Implementasi Genggam Jari
Dan Stress Ball Di Ruang Teratai RSUD Rejang
Lebong Tahun 2024

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 24 Juni 2024

Curup, 12 Juni 2024

Pembimbing



Yanti Sutriyanti,SKM., M.Kep
NIP: 197004071989112002

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN *SECTIO CAESAREA*
DENGAN IMPLEMENTASI GENGAM JARI DAN STRESS BALL
PADA PASIEN KECEMASAN DI RUANG TERATAI RSUD
REJANG LEBONG
TAHUN 2024**

Disusun oleh :

**SILVA SALSABILLA
NIM.P00320121055**

Telah diujikan di depan Penguji Proposal Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 24 Juni 2024, dan dinyatakan

L U L U S

Ketua Penguji



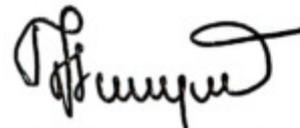
**Ns. Yossy Utario, M.Kep.Sp.An
NIP. 198202142002122001**

Penguji I



**Ns. Misniarti, M.Kep
NIP. 197703112001122001**

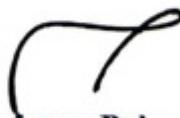
Penguji II



**Yanti Sutriyanti, SKM, M.Kep
NIP.197004071989112002**

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan
Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



**Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001**

**ASUHAN KEPERAWATAN *SECTIO CAESAREA* DENGAN
IMPLEMENTASI GENGAM JARI DAN STRESS BALL
PADA PASIEN KECEMASAN DI RUANG TERATAI
RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2024**

ABSTRAK

Latar Belakang : *Sectio caesarea* adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). **Tujuan :** Untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan *sectio caesarea* dengan implementasi genggam jari dan stress ball pada pasien kecemasan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi serta evaluasi di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong. **Metode :** Menggunakan teknik genggam jari dan stress ball untuk menurunkan kecemasan pada pasien *sectio caesarea*. **Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 34 jam didapatkan hasil tingkat kecemasan klien menurun dari skala 14 menjadi 10 setelah diberikan teknik genggam jari dan stress ball, tingkat cedera menurun, tingkat nyeri menurun, mobilitas fisik meningkat, status menyusui membaik dan tingkat infeksi menurun. **Kesimpulan :** Masalah keperawatan yang ada pada klien dapat teratasi dan teknik genggam jari dan stress ball dapat menurunkan kecemasan.

Kata kunci : Genggam jari dan stress ball, kecemasan, *sectio caesarea*

**CAESAREA SECTIO NURSING CARE WITH THE
IMPLEMENTATION OF FINGER GRAPES AND STRESS BALLS
FOR ANXIETY PATIENTS IN THE TERRACEAI
REJANG LEBONG HOSPITAL
YEAR 2024**

ABSTRAK

Background : Sectio caesarea is a birth process in which the baby is removed from a mother's stomach by incision in the abdomen (laparotomy) and uterine wall (hysterotomy). **Objective** : To find out the description of caesarean section nursing care using the implementation of finger grips and stress balls for anxious patients which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation in the Teratai Room at Rejang Lebong Regional Hospital. **Method** : Using a finger grip technique and a stress ball to reduce anxiety in caesarean section patients. **Results** : After carrying out nursing actions for 3 x 24 hours, it was found that the client's anxiety level decreased from a scale of 14 to 10 after being given their finger grip and stress ball technique, the level of injury decreased, the level of pain decreased, physical mobility increased, breastfeeding status improved and the level of infection decreased. **Conclusion** : Nursing problems that exist in clients can be resolved and finger grip and stress ball technique can reduce anxiety.

Key words : Finger grips and stress ball, anxiety, caesarean section

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan *Sectio Caesarea* Pada Pasien Kecemasan Dengan Implementasi Genggam Jari Dan Stress Ball Di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong Tahun 2024”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada nabi kita, Nabi Muhammad SAW, karena berkat suri tauladan beliau, mengantarkan kita semua dari alam kegelapan menuju ke alam yang terang benderang yang kita rasakan seperti saat ini.

Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.

5. Ibu Ns. Yossy Utario, M.Kep. Sp. Kep. An selaku ketua penguji saya yang telah menyediakan waktu menguji untuk penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
6. Ibu Ns. Misniarti, M,Kep selaku penguji 1 saya yang telah menyediakan waktu untuk menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Ibu Ns. Sri Haryani, S.Kep.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
10. Teman-teman saya yang telah memberi dukungan dan semangat.
11. Dan lain-lain yang tidak dapat saya sebut satu persatu.

Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 konsep Sectio caesarea.....	9
2.1.1 Difinisi Sectio caesarea.....	9
2.1.2 Etiologi dan faktor predispose.....	10
2.1.3 Manifestasi klinik (tanda dan gejala).....	11
2.1.4 Anatomi Fisiologi.....	12

2.1.5 Patofisiologi	15
2.1.6 W.O.C	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	19
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	21
2.2 Konsep Kecemasan.....	25
2.2.1 Dfinisi Kecemasan.....	25
2.2.2 Tanda Gejala Kecemasan.....	26
2.2.3 Jenis Jenis Kecemasan	27
2.2.4 Tingkat Kecemasan	27
2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan.....	29
2.2.6 Proses Terjadinya Kecemasan.....	31
2.2.7 Pengukuran Kecemasan	32
2.3 Konsep Relaksasi Genggam Jari Dan Stress Ball	37
2.3.1 Definisi Relaksasi Genggam Jari Dan Stress Ball.....	37
2.3.2 Manfaat Relaksasi Genggam Jari Dan Stress Ball	38
2.3.3 Evidance Based Relaksasi Genggam Jari	38
2.3.4 Evidance Based Stress Ball.....	43
2.3.5 Evidance Based Genggam Jari Dan Stress Ball	46
2.4 Asuhan Keperawatan	46
2.4.1 Pengkajian Keperawatan.....	46
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	56
2.4.3 Intervensi Keperawatan	57

2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	65
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	65

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain/ Rancangan Studi Kasus	67
3.2 Subjek Studi Kasus.....	67
3.3 Fokus Studi Kasus	68
3.4 Definisi Operasional	68
3.5 Instrument Penelitian	69
3.6 Tempat dan Waktu.....	69
3.7 Pengumpulan Data.....	70
3.8 Analisa dan Penyajian Data	72
3.9 Etika Penelitian.....	72

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Asuhan Keperawatan	76
4.1.1 Pengkajian	76
4.1.2 Identitas Klien	76
4.1.3 Riwayat Keperawatan	77
4.1.4 Pemeriksaan Fisik.....	78
4.1.5 Penatalaksanaan.....	88
4.1.6 Analisa Data	89
4.1.7 Diagnosa Keperawatan	92
4.1.8 Perencanaan Keperawatan.....	93
4.1.9 Implementasi Keperawatan	98

4.1.10 Evaluasi Keperawatan.....	107
4.1.11 Ringkasan Klien Pulang.....	118
4.2 Pembahasan Hasil Asuhan Keperawatan.....	120
4.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	121
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	124
4.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan	125
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	127
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	128

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	131
5.2 Saran	134

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Pengukuran kecemasan	34
2.2	Prosedur genggam jari	43
2.3	Pemenuhan kebutuhan nutrisi	51
2.4	Pemeriksaan Fisik	53
2.5	Intervensi pre <i>sectio caesarea</i>	57
2.6	Intervensi post <i>sectio caesarea</i>	61
4.1	Pola kebiasaan sehari-hari	83
4.2	Pola aktivitas sehari-hari	84
4.3	Pemeriksaan tanda-tanda vital	85
4.4	Pemeriksaan fisik head to toe	85
4.5	Pemeriksaan penunjang pre <i>sectio caesarea</i>	87
4.6	Pemeriksaan penunjang post <i>sectio caesarea</i>	88
4.7	Penatalaksanaan pre <i>sectio caesarea</i>	88
4.8	Penatalaksanaan post <i>sectio caesarea</i>	88
4.9	Penatalaksanaan perawatan invasive pre dan post <i>sectio caesarea</i>	89
4.10	Analisa data pre <i>sectio caesarea</i>	89
4.11	Analisa data post <i>sectio caesarea</i>	90
4.12	Diagnosa keperawatan pre <i>sectio caesarea</i>	92
4.13	Diagnosa keperawatan post <i>sectio caesarea</i>	92

4.14	Rencana keperawatan pre <i>sectio caesarea</i>	93
4.15	Rencana keperawatan post <i>sectio caesarea</i>	95
4.16	Implementasi keperawatan pre <i>sectio caesarea</i>	98
4.17	Implementasi keperawatan post <i>sectio caesarea</i>	100
4.18	Evaluasi keperawatan pre <i>sectio caesarea</i>	107
4.19	Evaluasi keperawatan post <i>sectio caesarea</i>	108

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Kuadran abdomen	13
2.2	<i>Sectio caesarea</i> transperitonealis profunda	13
2.3	<i>Sectio caesarea</i> corporal	14
2.4	Lembar kuesioner	43
2.5	Cuci tangan	44
2.6	Genggam ibu jari	44
2.7	Genggam jari telunjuk	45
2.8	Genggam jari tengah	45
2.9	Genggam jari manis	45
2.10	Genggam jari kelingking	45

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
2.1	WOC Pre dan Post SC	17
4.1	Genogram	81

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
1	Lembar kuisioner kecemasan
2	Lembar observasi kecemasan
3	Lembar observasi TTV
4	Lembar observasi post sectio caesarea
5	Lembar Konsul
6	Jurnal
7	Surat permohonan izin pengambilan kasus
8	Surat keterangan selesai pengambilan kasus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang sangat diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa atau tidak dapat dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah, 2018).

Penyebab *sectio caesarea* yaitu diantaranya faktor berasal dari ibu dan faktor berasal dari janin. Faktor yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solusio placenta tingkat I - II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi - eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). Faktor yang berasal dari janin yaitu, fetal distress (gawat janin), mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi (Hardhi, 2018).

Tindakan pembedahan *sectio caesarea* adalah bentuk tindakan medis yang dilakukan secara terencana, cenderung membutuhkan waktu lama, serta memiliki risiko yang cukup serius pada keselamatan hidup. Oleh karena itu tindakan ini bisa membuat ibu menjadi cemas dan gejala stress lainnya. Perasaan cemas ibu yang akan melakukan pembedahan dihubungkan karena nyeri luka setelah operasi, penyuntikan, perasaan takut pada tindakan asing yang akan dilakukan, serta akan banyak bergantung pada orang lain, resiko kehilangan nyawa akibat dari tindakan operasi dan pembiusan, juga termasuk resiko terjadi kematian atau kecacatan. Manifestasi pada kecemasan meliputi adanya perubahan fisiologis seperti berkeringat, gemetar, nyeri abdomen, detak jantung meningkat, sesak nafas dan 3 perubahan perilaku seperti bicara cepat, gelisah, reaksi terkejut (Primasari dkk, 2023).

Dampak dari terjadinya kecemasan sebelum pembedahan diantaranya adalah tindakan operasi yang tertunda, rasa sakit yang di alami ibu pasca operasi yang meningkat, kebutuhan obat analgesik yang juga meningkat, masa rawat inap di Rumah Sakit yang semakin lama dan juga terjadinya depresi ibu post partum. Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko dampak lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal seperti rasa nyeri yang akan dirasakan setelah operasi *sectio caesare* dan luka *post sectio caesarea*. *Sectio caesarea* yang dilakukan akan mendapatkan luka operasi di perut dan akan menimbulkan nyeri pada pasien sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja dan tidak mengindahkan

daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati, 2019).

Cara untuk meredakan kecemasan ibu sebelum pembedahan salah satunya dengan relaksasi genggam jari dan stress ball. Relaksasi ini merupakan terapi yang ditujukan untuk mengembalikan dan mengendalikan emosi yang dapat merilekskan tubuh, dimana tindakan operasi *sectio caesarea* memiliki komplikasi sehingga rasa cemas pada ibu timbul (Primasari dkk, 2023).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan jumlah persalinan *sectio caesarea* sekitar 10-15% dari semua persalinan di negara-negara berkembang. Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 angka kematian pada operasi *sectio caesarea* adalah 40-80 tiap 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan resiko 25 kali lebih besar dibanding persalinan *pervaginam*. Dapat diketahui bahwa jumlah persalinan dengan *sectio caesarea* masih berada di atas angka toleransi 15-20% dimana dapat dilihat di dunia jumlah persalinan dengan *sectio caesarea* tercatat sebesar 20-23% , kemudian di Indonesia angka kejadian *section caesarea* sebesar 35-55% (Sholikha, 2019).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%). Data dari Riskesdas 2018 di provinsi

Bengkulu di dapatkan proporsi metode persalinan pada perempuan dengan metode persalinan operasi *sectio caesarea* sebanyak 14,92%.

Masalah keperawatan yang terjadi di pasien pre dan post *sectio caesarea* yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, resiko cedera pada janin berhubungan dengan koping individu tidak efektif, nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (SDKI, 2017).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan di atas yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan, sedangkan terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan obat-obatan. Salah satu dari terapi non farmakologis yang dapat digunakan adalah teknik relaksasi genggam jari dan stress ball (Meihartati dkk, 2019)

Hasil penelitian mengatakan relaksasi genggam jari berhubungan dengan jari-jari tangan dan aliran energi yang ada dalam tubuh kita, apabila individu mempersepsikan tentang sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi. Relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan, sehingga mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada

saat dilakukan genggam, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Asumsi peneliti bahwa teknik relaksasi genggam jari merupakan suatu terapi yang dapat merangsang sistem persyarafan yang menstimulus dan berkerja seperti sebagai pintu kontrol (menghambat nyeri) sehingga dapat menurunkan rasa nyeri (Primasari dkk, 2023).

Stress ball menstimulasi saraf yang ada di tangan, saraf ini terhubung langsung ke otak, terutama area limbic yang berperan besar dalam menentukan emosi. Stress ball fungsinya seperti akupresur, yaitu stimulus di area tubuh tertentu tetapi juga mempengaruhi bagian lain dari tubuh. Tubuh dan pikiran jadi fokus pada stress ball. Gerakan meremas dan melepas bola, juga merangsang produksi hormon endorphen. Hormon ini berperan dalam meredakan relaksasi tubuh yang dapat menenangkan dan membuat perasaan jadi stabil. Asumsi peneliti bahwa terapistres ball merupakan terapi yang bekerja pada sistem persyarafan yang dapat meningkatkan hormon endorphen dan berdampak kepada relaksasi tubuh dan berakibat penurunan tingkat kecemasan (Primasari dkk, 2023). Hasil penelitian lainnya mengatakan sebelum diberikan tindakan genggam jari pada ibu sectio caesarea tingkat kecemasan ibu yaitu dengan scor 2 dan setelah diberikan tindakan genggam jari yaitu dengan skor 1 (Fitri dkk, 2023).

Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Kab. Rejang Lebong, diperoleh bahwa angka insiden persalinan ibu *sectio caesarea* di tahun 2020 sebesar 201 kasus, di tahun 2021 sebesar 53 kasus, di tahun 2022 sebesar 231 kasus dan ditahun 2023 sebesar 221 kasus. (Sub Rekam Medik RSUD Curup Tahun 2023). Untuk mengatasi Fenomena tersebut dilakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball, namun berdasarkan hasil wawancara pada petugas kesehatan dan pasien di ruang teratai RSUD Rejang Lebong didapatkan bahwa belum pernah diberikan atau dilakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball untuk mengatasi kecemasan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan *Sectio caesarea* melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama penerapan genggam jari dan stress ball dan evaluasi secara komprehensif di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Rejang Lebong.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan *sectio caesarea* dengan implementasi genggam jari dan stress ball pada pasien kecemasan di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong?”

1.3. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan sectio caesarea dengan implementasi genggam jari dan stress ball di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong

b. Tujuan Khusus

1. Menggambarkan hasil pengkajian pada pasien pre dan post sectio caesarea di ruang rawat Teratai RSUD Rejang Lebong
2. Menggambarkan penentuan diagnosa pada pasien pre dan post sectio caesarea di ruang rawat Teratai RSUD Rejang Lebong
3. Menggambarkan rencana-rencana perawatan pada pasien pre dan post sectio caesarea di ruang rawat Teratai RSUD Rejang Lebong
4. Menggambarkan tindakan keperawatan pada pasien pre dan post sectio caesarea dan menggambarkan tindakan keperawatan genggam jari dan stress ball dalam menurunkan kecemasan di ruang rawat Teratai RSUD Rejang Lebong
5. Menggambarkan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan

1.4. Manfaat Penelitian

a. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat sehingga dapat mengaplikasikan genggam jari dan stress ball secara mandiri

b. Manfaat bagi perawat

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien pre dan post *Sectio Caesarea*, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

c. Manfaat bagi pelayanan rumah sakit

Menambah pengkayaan hasil studi literatur dalam memberikan tindakan keperawatan genggam jari dan stress ball yang dapat diterapkan langsung terhadap klien di rumah sakit

d. Manfaat bagi pendidikan

Menambah wawasan keilmuan sebagai referensi dalam menerapkan implementasi keperawatan terhadap klien. Referensi terbaru terkait dengan kasus pre dan post *sectio caesarea* dengan pemberian terapi genggam jari dan stress ball yang perlu ditambahkan sebagai koleksi perpustakaan adalah buku apa saja yang direkomendasikan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan zaman, SC ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. SC ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (*emergency*) apabila ada kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera. *Sectio Caesarea* adalah persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Aspiani 2017).

- a. Pre sectio caesarea merupakan fase dimana perawat mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Fase pre sc dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014).

- b. Post sectio caesarae merupakan fase yang dimulai dengan masuk nya pasien ke ruang pemulihan (recovery) atau ruang intensive dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut dan tatanan rawat inap klinik, maupun di rumah. Lingkup aktifitas keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital secara mencegah komplikasi. Aktiftas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan,perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitas dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

2.1.2 Etiologi dan Faktor Predisposi

Etiologi mutlak Sectio Caesarea menurut Aspiani (2017), yaitu :

- a. Etiologi pada ibu yang dilakukan operasi sectio caesarea

Beberapa etiologi pada ibu yang dilakukan operasi Sectio Caesarea yaitu Plasenta previa sentralis lateralis (posterior) dan totalis, Panggul sempit, Disproporsi sefalopelvik, Partus lama (prolonged labor), Partus tak maju (obstructed labor), Distosia serviks, Preeklamsia dan hipertensi, Disfungsi uterus, Distosia jaringan lunak, dan Pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, distosia, sectio caesarea berulang.

b. Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria

Etiologi pada janin yang dilakukan operasi seksio sesaria, yaitu Letak janin. Letak bokong. Presentasi dahi dan muka (letak defleksi) bila reposisi dengan cara lain tidak berhasil. Presentasi rangkap bila reposisi tidak berhasil. Gemeli menurut Eastman. sectio caesarea dianjurkan dan Kelainan Uterus (Uterus arkuatus. Uterus septus. Uterus dupleks dan Terdapat tumor pelvis minor yang mengganggu masukkepala janin ke atas panggul).

2.1.3 Manifestasi Klinik (Tanda dan gejala)

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan sectio caesarea yaitu dengan perawatan pre dan post partum serta perawatan post operatif, manifestasi klinis pre dan post Sectio Caesarea meliputi:

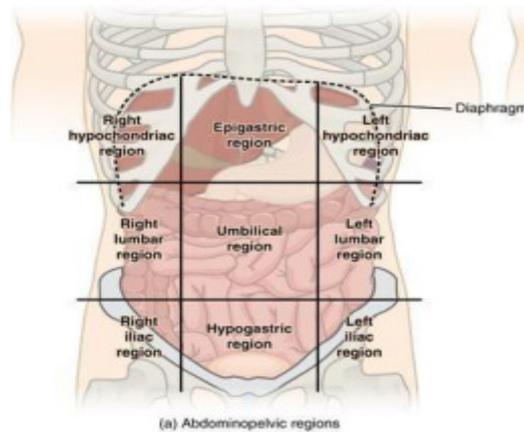
1. Pre sectio caesarea
 - a. Merasa bingung
 - b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - c. Sulit berkonsentrasi
 - d. Gelisah
 - e. Tegang
 - f. Sulit tidur

2. Post sectio caesrae
 - a. Nyeri disebabkan luka hasil bedah
 - b. Adanya luka insisi dibagian abdomen
 - c. Di umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
 - d. Aliran lokea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
 - e. Ada kurang lebih 600-800ml darah yang hilang selama proses pembedahan
 - f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadap situasi baru pada perubahan emosional

2.1.4 Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, columna vertebralis, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (regiones). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas crista iliaca dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan

tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga sepertengahan ligamen inguenale.

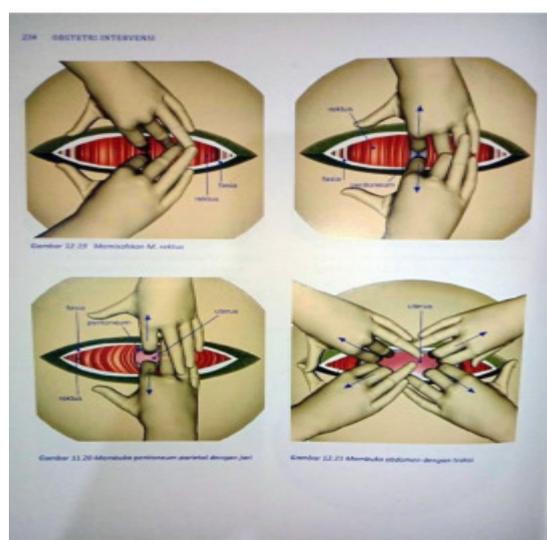


Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu kulit, jaringan subkutan, otot dan fascia, jaringan ekstrapéritoneum dan peritoneum.

Teknik pembedahan *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu :

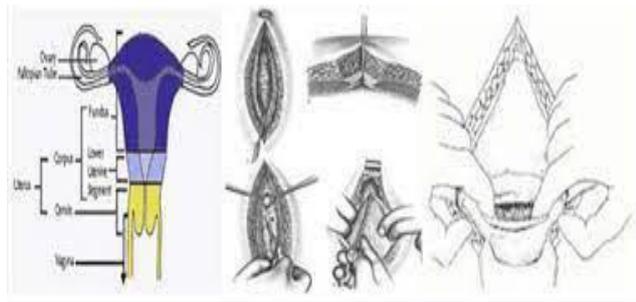
1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda



Gambar 2.2 *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporalis*



Gambar 2.3 *sectio caesarea corporalis*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea Transperitonealis profunda*, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya

3) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan *musculus rectus* dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan

lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

2.1.5 Patofisiologi

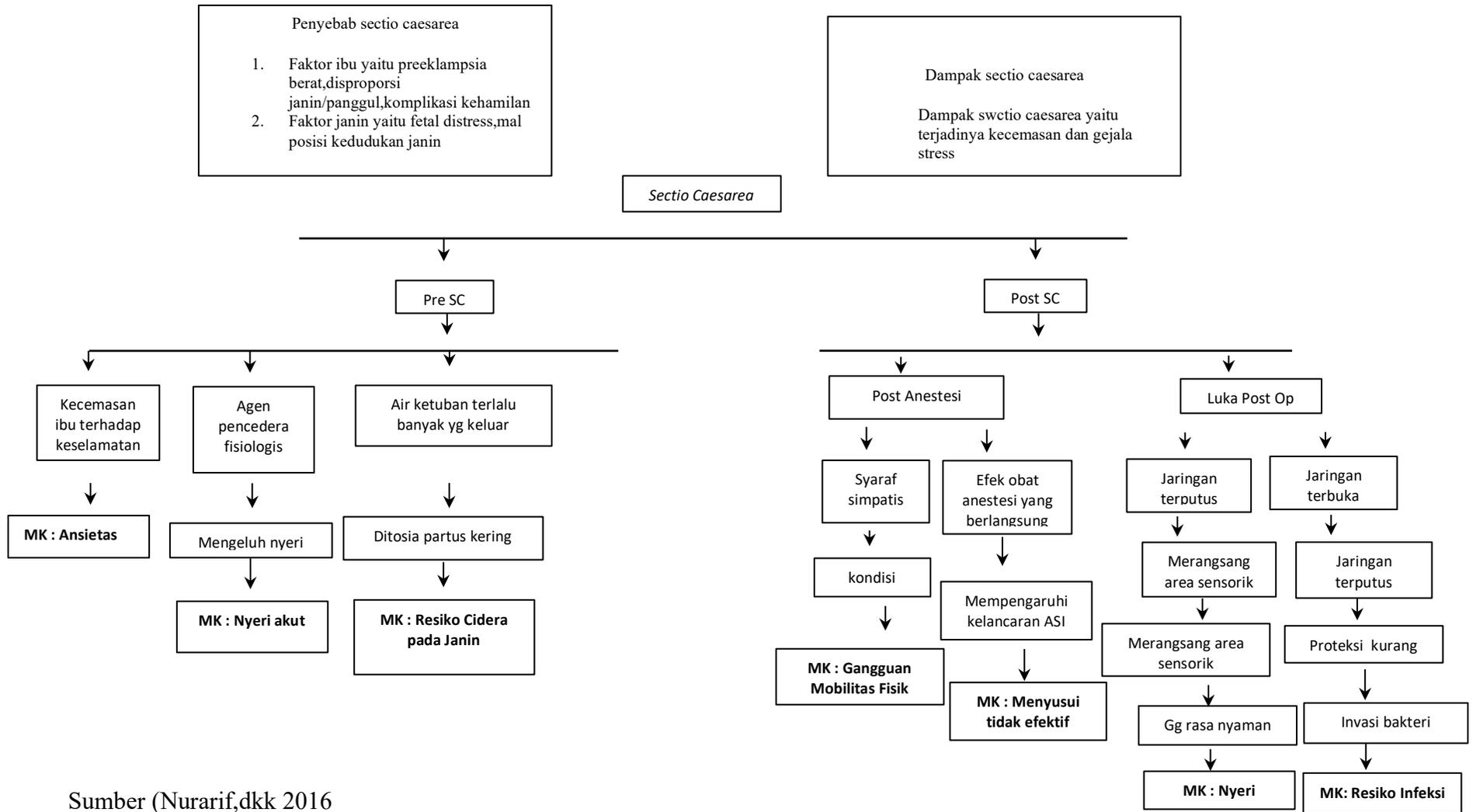
Sectio Caesarea adalah suatu persalinan dengan pembedahan yang disebabkan oleh faktor yang berasal dari ibu seperti pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, solusio placenta tingkat I - II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia - eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya). Faktor yang berasal dari janin yaitu, fetal distress (gawat janin), mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. Dampak yang ditimbulkan yaitu cemas dan gejala stress lainnya. Perasaan cemas ibu yang akan melakukan pembedahan dihubungkan karena nyeri luka setelah operasi, penyuntikan, perasaan takut pada tindakan asing yang akan dilakukan, serta akan banyak bergantung pada orang lain, resiko

kehilangan nyawa akibat dari tindakan operasi dan pembiusan, juga termasuk resiko terjadi kematian atau kecacatan. Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan di atas yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan, sedangkan terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan obat-obatan. Salah satu dari terapi non farmakologis yang dapat digunakan adalah teknik relaksasi genggam jari dan stress ball (Nurarif,dkk 2016)

2.1.6 WOC

Skema 2.1

Skema WOC Pre dan Post SC



Sumber (Nurarif,dkk 2016)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan sectio caesarea menurut Aspiani 2017 adalah :

1. Hitung darah lengkap
2. Urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa
3. Kultur: mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
4. Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
5. Amniosintesis mengkaji maturitas paru janin
6. Tes stres kontraksi atau tes non-stres mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus pola abnormal
7. Penentuan elektrolit selanjutnya memastikan status janin aktivitas uterus

Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) pemeriksaan penunjang sectio caesarea yaitu pemantauan janin terhadap kesehatan janin, pemantauan EKG JDL, dengan diferensial, elektrolit, hemoglobin atau hematokrit, golongan darah, urinalisis, amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi pemeriksaan sinar X sesuai indikasi dan ultrasound.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

1. Pre Operasi Sectio caesarea

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit,

b. Informed consent

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani sectio caesarea selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien hali yang akan menjalani sectio caesarea dianggap

memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang foley catheter hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

2. Post Operasi Sectio caesarea

- a. Analgesik diberikan setiap 3-4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketoralak, Tramadol.
- b. Pemberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat
- c. Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain.

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Pre sectio caesarea

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan

a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit,

b. Informed consent

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani sectio caesarea selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung. Hal ini disebabkan oleh perubahan anatomi yang muncul selama kehamilan. Oleh karena itu, semua pasien hali yang akan menjalani sectio caesarea dianggap memiliki lambung yang penuh tanpa memperdulikan kapan makan dan minum terakhir.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberia antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang foley catheter hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

2. Post sectio caesarea

a. Memonitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anestesi, observasi harus dilanjutkan tiap setengah jam selama 2 jam pertama dan tiap jam selama minimal 4 jam setelah hasilnya stabil atau memuaskan. Tanda vital yang perlu dievaluasi adalah tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

b. Terapi cairan dan makanan

Masa nifas akan ditandai oleh ekskresi cairan yang tertahan selama kehamilan, umumnya 3 liter cairan menandai untuk 24 jam pertama setelah tindakan. Namun, apabila pengeluaran urin turun dibawah 30 ml/jam, maka nilai kembali apakah ada pengeluaran darah yang tidak diketahui, efek antidiuretik dari infus oksitosin, atau lainnya.

c. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi atau keesokan pagi setelah pembedahan. Kemampuan pasien mengosongkan vesika urinaria

sebelum terjadi distensi berlebihan harus dipantau seperti pada persalinan pervaginam. Pada kasus nonkomplikata, makanan padat dapat diberikan 8 jam setelah pembedahan. Walaupun hampir semua operasi abdomen sedikit banyak timbul ileus paralitik, penyulit ibu jarang terjadi pada sectio caesarea.

d. Ambulasi

Pada sebagian besar kasus, satu hari setelah pembedahan pasien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan paling sedikit dua kali. Waktu ambulasi diatur agar analgetik yang baru diberikan dapat mengurangi rasa nyeri. Pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan bantuan. Dengan ambulasi dini, trombosis vena dan emboli paru jarang terjadi.

e. Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit diangkat pada hari keempat setelah pembedahan. Pada hari ketiga pasca persalinan, mandi dengan pancuran tidak membahayakan luka insisi. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain: jaringan subkutan yang tebal (>3 cm) merupakan faktor resiko untuk infeksi luka operasi. Oleh karena itu perlu pemantauan terhadap tanda-tanda infeksi dan demam. Perlu diberitahukan untuk tetap membersihkan luka dan menjaganya agar tetap kering setiap hari menggunakan pakaian yang longgar, nyaman dan berbahan katun.

f. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi sectio caesarea. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

g. Pencegahan infeksi pasca operasi

Morbiditas demam cukup sering dijumpai setelah sectio caesarea. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal yang diberikan pada saat sectio caesarea bermakna menurunkan angka infeksi. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi sekitar 20% wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksis.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan atau ansietas merupakan keadaan emosi dimana dapat menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan merasa terancam, hal ini sendiri ditimbulkan oleh penyebab yang tidak jelas. Biasanya keadaan emosi ini penyebabnya tidak diketahui secara khusus, tetapi merupakan pengalaman individu yang subjektif. Kecemasan dan ketakutan sendiri berbeda, cemas dapat terjadi tanpa rasa takut, tetapi ketakutan tidak dapat terjadi tanpa kecemasan. Seseorang yang mengalami kecemasan tidak

bisa mengidentifikasi kecemasan. Kecemasan adalah keadaan yang memiliki emosioal negatif yang ditandai dengan adanya firasat dan somatik ketegangan seperti detak jantung yang meningkat dan berkeringat. Seseorang mungkin akan merasa cemas pada saat mereka mengalami suatu kejadian yang baru.

2.2.2 Tanda Gejala Kecemasan

Tanda gejala kecemasan secara umum dibagi atas gejala somatik dan psikologis. Gejala somatik meliputi keringat yang berlebihan, tegang pada otot skeletal (sakit kepala, kontaksi dibagian belakang leher atau dada, suara bergetar dan nyeri punggung), sindrom hiperventilasi (sesak napas), gangguan fungsi gastrointestinal (mual, tidak nafsu makan, diare dan konstipasi), iritabilitas kardiovaskuler (hipertensi dan takikardi). Gejala psikologis meliputi gangguan mood (sensitif, cepat marah dan mudah sedih), kesulitan tidur (insomnia dan mimpi buruk), mudah lelah, kehilangan motivasi dan minat, perasaan yang tidak nyata, keraguan dan ketakutan, sensitif dengan suara, tidak mampu berkonsentrasi, tidak dapat membuat keputusan dan kehilangan kepercayaan diri, gelisah, resah dan tidak bisa diam

2.2.3 Jenis-Jenis Kecemasan

Jenis-jenis kecemasan diantaranya yaitu :

1. Trait anxiety

Trait anxiety yaitu adanya rasa khawatir dan terancam yang dirasakan oleh diri seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu lainnya.

2. State anxiety

State anxiety yaitu kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu disertai adanya perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif.

Selain pembagian diatas, kecemasan juga dapat dibagi kedalam tiga bentuk kecemasan. Bentuk-bentuk kecemasan tersebut berkaitan dengan struktur psikologis yang terdiri dari tiga elemen yaitu id, ego dan superego. Id merupakan kebutuhan dasar alamiah seseorang seperti makan, minum dan seks. Ego sendiri merupakan bagaimana cara seseorang untuk menghadapi realita. Sedangkan superego adalah aspek moral yang diterima secara sosial.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan yang menunjukkan masing-masing perubahan secara psikologis dan fisiologis dijabarkan sebagai berikut :

1. Mild anxiety (kecemasan ringan)

Kecemasan ringan merupakan kecemasan yang disebabkan oleh kejadian yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dimana seseorang akan merasa waspada dan meningkatkan stimulasi sensori. Seseorang akan menjadi lebih sensitif dalam melihat, mendengar dan merasakan. Kecemasan ringan sering memotivasi seseorang untuk melakukan perubahan atau melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan tertentu.

2. Moderate anxiety (kecemasan sedang)

Pada kecemasan sedang seseorang cenderung akan lebih fokus terhadap sesuatu yang akan dilakukan seperti mempersempit pandangan perseptual sehingga yang dilihat, didengar dan dirasakan menjadi lebih sempit. Jadi orang tersebut akan menjadi lebih fokus terhadap sumber kecemasan yang dihadapi namun masih bisa melakukan hal lain.

3. Severe anxiety (kecemasan berat)

Kecemasan berat sendiri ditandai dengan berkurangnya pandangan konseptual secara signifikan dimana seseorang tersebut akan menjadi fokus pada sumber kecemasan yang dirasakan dan tidak lagi memikirkan tentang hal lain.

4. Panik

Panik ditandai dengan persepsi atau pandangan yang semakin menyempit dan tidak dapat memproses rangsangan lingkungan

sehingga terjadi kehilangan kendali terhadap diri sendiri yang mungkin akan menyebabkan tidak mampu berpikir secara rasional.

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi menjadi dua yaitu :

1. Faktor prediposisi

a. Teori psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tentang konflik emosional yang terjadi diantara dua elemen kepribadian yaitu id dan ego. Id memiliki dorongan naluri dan impuls primitif dari seseorang. Sedangkan untuk ego sendiri mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma budaya yang ada. Kecemasan dalam ego memiliki fungsi yaitu untuk mengingatkan ego tentang adanya bahaya yang akan datang

b. Teori interpersonal

Kecemasan adalah bentuk penolakan dari individu yang menimbulkan perasaan takut. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, misalnya perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kecemasan. Seseorang yang dengan harga diri rendah akan mudah mengalami kecemasan.

c. Teori perilaku

Pada teori perilaku, kecemasan timbul akibat adanya stimulus lingkungan spesifik, pola berpikir yang salah atau tidak

produktif bisa menyebabkan perilaku maladaptif. Penilaian berlebihan terhadap adanya bahaya disituasi tertentu dan menilai rendah kemampuan diri sendiri untuk mengatasi ancaman yang ada merupakan penyebab kecemasan pada seseorang.

d. Teori biologis

Teori biologis ini menunjukkan bahwa otak memiliki reseptor khusus yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan gangguan fisik dan penurunan kemampuan seseorang untuk mengatasi stressor merupakan penyerta dari kecemasan

2. Faktor presipitasi

a. Faktor eksternal

1) Ancaman integritas fisik

Meliputi ketidakmampuan fisiologis terhadap kebutuhan dasar sehari-hari yang dapat disebabkan karena sakit, trauma fisik dan kecelakaan.

2) Ancaman sistem diri

Terdiri dari ancaman terhadap intensitas diri, harga diri, kehilangan, dan perubahan status dan peran, tekanan kelompok dan sosial budaya.

b. Faktor internal

- 1) Usia
- 2) Stressor
- 3) Lingkungan
- 4) Jenis kelamin
- 5) Pendidikan
- 6) Pengalaman masa lalu
- 7) Pengetahuan

2.2.6 Proses Terjadinya Kecemasan

Kecemasan merupakan respon dari persepsi ancaman yang diterima oleh system syaraf pusat. Persepsi ini timbul akibat adanya rangsangan dari luar serta dari dalam yang berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipersepsi oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem syaraf pusat sesuai pola hidup tiap individu. Di dalam syaraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur Cortex Cerebri Limbic System Reticular Activating System - Hypothalamus yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem syaraf otonom melalui mediator hormonal yang lain menyebutkan bahwa di dalam sistem syaraf pusat yang merupakan mediator utama dari gejala-gejala kecemasan ialah norepinephrin dan serotonin. Neurotransmitter dan peptida

lain, corticotropin-releasing factor, juga ikut terlibat. Sistem syaraf otonom yang berada di perifer, terutama system syaraf simpatis, juga memperantarai banyak gejala kecemasan.

2.2.7 Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala hars ada 14 symthom yang Nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item diobservasi diberi 5 tingkatan skor (Skala likert) antara 0 (not present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS telah dibuktikan dengan memiliki validitas dan reabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Skala HARS menurut HARS penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung
2. Merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu
3. Ketakutan baik pada gelap, orang asing, bila tinggal sendiri atau binatang besar
4. Gangguan tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.

5. Penurunan daya ingat, mudah lupa, sulit konsentrasi
6. Hilang minat, kurangnya kesenangan, sedih, perasaan tidak menyenangkan
7. Nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot
8. Perasaan ditusuk – tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, dan juga merasalemah
9. Takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras
10. Rasa tekan didada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napaspendek
11. Sulit menelan, obtipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambungsesudah makan, dan perasaan panas diperut
12. Mulut kering, mudah bekeringat, dan pusing atau sakit kepala
13. Sering keneing, aminore, ereksi lemah dan impotensi
14. Gelisah, jari – jari gemetar, mengkerutkan dahi dan kening, napas pendek dan cepat

Cara dalam menilai kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = satu dari gejala yang ada

2 = sedang atau separuh dari gejala yang ada

3 = berat atau lebih dari setengah gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dari

item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan
2. Skor 7-14 = kecemasan ringan
3. Skor 15-27 = kecemasan sedang
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

Tabel 2.1 Pengukur Kecemasan

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1.	Perasaan ansietas: Cemas Firasat buruk Takut akan pikiran sendiri Mudah tersinggung					
2.	Ketegangan: Merasa tegang Lesu Tak bisa istirahat dengan tenang Mudah terkejut Mudah menangis Gemetar Gelisah					
3.	Ketakutan: Pada gelap Pada orang asing Ditinggal sendiri Pada binatang besar Pada keramaian lalu lintas Pada kerumunan orang banyak					
4.	Gangguan tidur: Sukar masuk tidur Terbangun pada malam hari Tidak nyenyak Bangun dengan lesu Banyak mimpi Mimpi buruk Mimpi menakutkan					
5.	Gangguan kecerdasan: Sukar konsentrasi Daya ingat buruk					

6.	Perasaan depresi: Hilangnya minat Berkurangnya kesenangan pada hobby Sedih Bangun dini hari Perasaan berubah – ubah					
7.	Gejala sosmatik(otot): Sakit dan nyeri di otot Kaku Kedutan otot Gigi gemerutuk Suara tidak stabil					
8.	Gejala somatic (sensorik): Tinnitus Penglihatan kabur Muka merah atau pucat Merasa lemah Perasaan ditusuk- tusuk					
9.	Gejala kardiovaskuler: Takikardi Berdebar Nyeri dada Denyut nadi mengeras Perasaan lesu/ lemas seperti mau pingsan					
10.	Gejala respiratori: Rasa tertekan atau sempit dada Perasaan tercekik Sering menarik napas Napas pendek/sesak					
11.	Gejala gastrointestinal: Sulit menelan Perut melilit Gangguan pencernaan Mual Muntah Nyeri sesudah dan sebelum makan Konstipasi atau susah BAB Kehilangan berat badan Diare					
12.	Gejala urogenital: Sering buang air kecil Tidak dapat menahan air seni Amenorea					

	Menorhagia Ereksi hilang Impotensi					
13.	Gejala otonom: Mulut kering Muka merah Mudah berkeringat Pusing sakit kepala					
14.	Tingkah laku pada wawancara: Gelisah Tidak tenang Jari gemetar Kerut kening Tonus otot meningkat Muka merah Napas cepat dan pendek					

Cara mengukur kecemasan yaitu dengan cara melakukan wawancara kepada klien. Wawancara dilakukan terkait pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan tanda gejala kecemasan. Jika wawancara telah dilakukan maka hasil dari setiap poin pertanyaan dijumlahkan secara keseluruhan kemudian akan mendapatkan poin dan dapat ditentukan tingkat kecemasan yang dialami oleh klien berdasarkan derajat kecemasan.

2.3 Konsep Relaksasi Genggam Jari dan Stress Ball

2.3.1 Definisi Relaksasi Genggam Jari dan Stress Ball

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 filsuf Jepang yang menemukan kembali praktik penyembuhan kuno Jin Shin Jyutsu di awal abad-20. Seorang praktisi Jin Shin LIMANTAN 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. Menggenggam jari merupakan latihan dasar Jin Shin Jyutsu yang sangat sederhana namun mendalam. Karena begitu banyak jalur 31 energi Jin Shin Jyutsu berjalan melalui jari-jari (sepuluh jari dikatakan genggam jari mengatur 14.400 fungsi didalam tubuh) merupakan cara untuk menyeimbangkan dan menyelaraskan energi diseluruh tubuh.

Stress ball merupakan bola kecil lunak yang biasanya berisi gel atau tanah liat. Meremas stress ball berulang kali dapat membantu mengurangi kecemasan bahkan menghilangkan stress. Bukan hanya itu saja, stress ball bahkan sering digunakan sebagai alat terapi fisik untuk membantu memperkuat otot-otot tangan dan pergelangan tangan.

2.3.2 Manfaat Relaksasi Genggam Jari dan Stress Ball

Manfaat dari relaksasi genggam jari dan stress ball meliputi menghilangkan stres, meningkatkan suasana hati, mengalihkan perhatian, merangsang saraf, melatih dan menguatkan otot tangan, memperlancar aliran darah, mengatasi gangguan sendi

2.3.3 Evidence Based Relaksasi Genggam Jari

1. Relaksasi Genggam Jari

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Primasari,dkk (2023) hasil kelompok intervensi genggam jari yang terjadi penurunan mean dari 1,07 *pre test* menjadi 0,47 pada *post-test*. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada kelompok intervensi genggam jari didapatkan *p-value* =0,003 atau <0,05 sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi genggam jari terhadap penurunan kecemasan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2019), bahwa intervensi genggam jari memiliki pengaruh positif dengan nilai *p-value* 0,001.

Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non *nosisseptor*. Serabut saraf aferen non *nosisseptor* mengakibatkan “Pintu Gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat atau berkurang. Jenis relaksasi genggam jari berhubungan dengan jari-jari tangan dan aliran energi yang ada dalam tubuh kita, apabila individu mempersepsikan tentang

sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi. Relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada *meridian* (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan, sehingga mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan gengaman, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan dijalur energi menjadi lancar. Asumsi peneliti bahwa teknik relaksasi genggam jari merupakan suatu terapi yang dapat merangsang sistem persyarafan yang menstimulus dan bekerja seperti sebagai pintu kontrol (menghambat nyeri) sehingga dapat menurunkan rasa nyeri.

Hasil penelitian didapatkan bahwa tingkat kecemasan pre-test pada kelompok genggam jari hampir seluruhnya mengalami cemas ringan sebanyak 14 responden (93,3%) dan sebagian kecil cemas sedang sebanyak 1 responden (6,7%). Sementara itu tingkat kecemasan post-test pada kelompok genggam jari sebagian besar tidak mengalami cemas sebanyak 8 responden (53,3%) dan hampir setengahnya lagi cemas ringan sebanyak 7 responden (46,7%).

Hasil penelitian lainnya mengatakan sebelum diberikan tindakan genggam jari pada ibu sectio caesarea tingkat kecemasan ibu yaitu dengan skor 2 dan setelah diberikan tindakan genggam jari yaitu dengan skor 1 (Fitri dkk, 2023)

Relaksasi genggam jari diberikan pada waktu yang tepat yaitu saat seseorang mulai mengalami tanda gejala kecemasan dengan frekuensi 3 kali dalam sehari atau saat tanda gejala kecemasan muncul. Cara melakukan relaksasi genggam jari yaitu dengan menggenggam jari-jari tangan sampai kecemasan yang dirasakan menurun.

2. Stress Ball

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Primasari,dkk (2023) pada kelompok intervensi stress ball pre-test didapatkan mean 1,33 dan pada post-test mean 0,73. Sedangkan pada kelompok intervensi stress ball setelah dilakukan uji Wilcoxon didapatkan p-value = 0,005 atau $<0,05$ sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi stress ball terhadap penurunan kecemasan. Sejalan dengan penelitian Sari (2019), bahwa pemberian intervensi genggam jari didapatkan p-value = 0,001 yang berarti memiliki pengaruh signifikan menurunkan kecemasan. Sejalan dengan penelitian Nasution (2020), bahwa stress ball yang diberikan pada pasien pre-section caesarea mengalami penurunan kecemasan dengan nilai p-value = 0,000. Terapi stress ball yang dilakukan dapat memberikan stimulus saraf responden dan juga mampu mengalihkan perhatian responden.

Stress ball menstimulasi saraf yang ada ditangan, saraf ini terhubung langsung ke otak, terutama area limbic yang berperan besar dalam menentukan emosi. Stress ball fungsinya seperti akupresur,

yaitu stimulus di area tubuh tertentu tetapi juga mempengaruhi bagian lain dari tubuh. Tubuh dan pikiran jadi fokus pada stress ball. Gerakan meremas dan melepas bola, juga merangsang produksi hormon endorphin. Hormon ini berperan dalam meredakan relaksasi tubuh yang dapat menenangkan dan membuat perasaan jadi stabil. Asumsi peneliti bahwa terapi stress ball merupakan terapi yang bekerja pada sistem persyarafan yang dapat meningkatkan hormon endorphin dan berdampak kepada relaksasi tubuh dan berakibat penurunan tingkat kecemasan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa tingkat kecemasan pre-test pada kelompok stress ball sebagian besar mengalami cemas ringan sebanyak 10 responden (66,7%) dan hampir sebagian lagi cemas sedang sebanyak 5 responden (33,3%). Sementara itu tingkat kecemasan post-test pada kelompok stress ball sebagian besar mengalami cemas ringan 10 responden (66,7%), sebagian kecil tidak mengalami cemas sebanyak 4 responden (26,7%) dan cemas sedang hanya 1 responden (6,7%).

Stress ball diberikan pada waktu yang tepat yaitu saat seseorang mulai mengalami tanda gejala kecemasan dengan frekuensi 3 kali dalam sehari atau saat tanda gejala kecemasan muncul. Cara melakukan stress ball yaitu dengan menggengam bola kecil pada tangan sampai kecemasan yang dirasakan menurun.

3. Genggam Jari dan Stress Ball

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Primasari,dkk (2023) bahwa hasil uji statistic Mann-Whitney U Test diperoleh nilai signifikasi p-value = 0,143 > dari 0,05 sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi genggam jari dengan kelompok intervensi stress ball. Pada penelitian ini baik pada kelompok intervensi genggam jari maupun stress ball didapatkan bahwa responden mengalami penurunan kecemasan yang signifikan. Penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre-sectio caesarea disebabkan teknik genggam jari dan stress ball memiliki kesamaan dalam tindakan dengan mengantarkan saraf tangan yang dapat menstimulasi rasa tenang tidak hanya ke otak tetapi ke seluruh tubuh, dengan meremas jari atau meremas stress ball juga mengalihkan perasaan responden dari rasa cemas menjadi tenang.

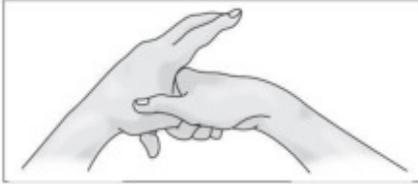
Asumsi peneliti bahwa intervensi genggam jari dan stress ball memiliki keefektifan yang hampir dalam menurunkan kecemasan. Keefektifan tersebut berkaitan dengan sistem yang bekerja pada stimulus syaraf pada tangan sehingga dampak yang dirasakan baik secara fisik meningkatkan hormone endorphen maupun secara psikologis intervensi tersebut dapat mengalihkan mekanisme nyeri. Dapat di rumuskan beberapa kesimpulan, yaitu tingkat kecemasan pre-test pada kelompok genggam jari mayoritas mengalami cemas ringan sementara itu tingkat kecemasan pada post-

test mayoritas tidak mengalami cemas. Tingkat kecemasan pre-test pada kelompok stress ball mengalami cemas ringan begitupun dengan tingkat kecemasan pada post-test mengalami cemas ringan. Hasil didapatkan bahwa terapi genggam jari dan terapi stress ball efektif menurunkan kecemasan pasien pre-sectio caesarea di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Bina Husada Cibinong 2021. Kemudian tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi genggam jari dengan kelompok intervensi stress ball di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Bina Husada Cibinong tahun 2021.

2.3.4 Prosedur Tindakan Keperawatan Relaksasi Genggam Jari

Tabel 2.2 Prosedur Genggam Jari

	<p style="text-align: center;">POLTEKKES KEMENKES BENGKULU JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN CURUP</p>
	<p style="text-align: center;"><i>Standard Operating Procedure (SOP) Relaksasi</i> Genggam Jari</p>
<p>Pre-Orientasi</p>	<p>Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar kuesioner <p>Gambar 2.4</p> 
<p>Orientasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, peneliti memperkenalkan diri 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan intervensi kepada responden 3. Kontrak waktu 4. Menanyakan persetujuan responden

	5. Memberikan lembar kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan responden (<i>Pre test</i>)
Tahap Kerja	<p>1. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi Gambar 2.5</p>  <p>2. Berikan suasana lingkungan yang tenang</p> <p>3. Bantu responden pada posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang</p> <p>4. Perawat meminta responden untuk merilekskan pikiran</p> <p>5. Minta pasien menarik nafas dalam dan hembuskan perlahan melalui mulut untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata</p> <p>6. Berikut ini gerakan relaksasi genggam jari</p> <p>a. Teknik Quickie</p> <p>1) The Quickie Thumb Lakukan genggamannya secara lembut pada ibu jari, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan. Manfaat: dengan menggenggam jari jempol dapat mengurangi masalah seperti depresi, kebencian, obsesi, kecemasan, sulit tidur, gangguan pencernaan, dan mengurangi kekhawatiran. Gambar 2.6</p>  <p>2) The Quickie Index Finger Lakukan genggamannya secara lembut pada jari telunjuk, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan. Manfaat: dengan menggenggam jari telunjuk akan membantu dalam mengurangi rasa takut, depresi, frustrasi, sakit, dan ketidaknyamanan pada sendi.</p>

Gambar 2.7

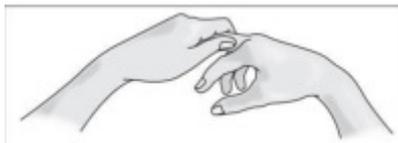


3) The Quickie Middle Finger

Lakukan genggamannya secara lembut pada jari tengah, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan.

Manfaat: menyeimbangkan energi, mengontrol emosi, dan mengatasi kelelahan.

Gambar 2.8

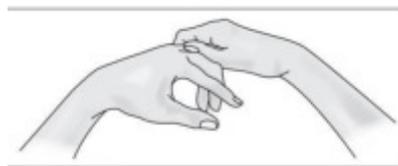


4) The Quickie Ring Finger

Lakukan genggamannya secara lembut pada jari manis, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan.

Manfaat: dengan menggenggam jari manis akan membantu dalam mengurangi kesedihan.

Gambar 2.9



5) The Quickie Pinky Finger

Lakukan genggamannya secara lembut pada jari kelingking, genggam selama 2-5 menit, fokus dan lakukan sambil menarik napas secara perlahan.

Manfaat: dengan menggenggam jari kelingking bermanfaat dalam mengurangi kecemasan

Gambar 2.10



Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari 2. Melakukan pengukuran tingkat kecemasan setelah intervensi (<i>Post Test</i>) 3. Lakukan dokumentasi
------------------	---

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Stress Ball

Cara menggunakan stress ball sangat mudah. Cukup genggam bola di telapak tangan, kemudian remas bola sekuat mungkin. Tahan genggamannya selama 5 detik dan lepaskan. Ulangi sebanyak 10 kali.

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian menurut (Baradero 2017), yaitu:

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Pengkajian pada pasien *sectio caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini adalah sebagai berikut:

1. Data subyektif

a. Identitas lengkap

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat.

b. Data riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pre Sectio Caesarea

Keluhan pada saat Ibu datang dengan posisi janin presentasi bokong usia kehamilan mencapai 38-40 minggu, ibu dengan preeklampsia berat dan janin dalam mal posisi, gawat janin (fetal distress).

Post Sectio Caesarea

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, maksudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit akut, kronis seperti jantung, diabetes, hipertensi atau penyakit lain yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi penyakit yang dapat mempengaruhi persalinan seperti preeklampsia berat, mal posisi, kesempitan panggul.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu adanya penyakit keluarga seperti hipertensi, diabetes, hepatitis, preeklampsia pada keluarga sebelumnya dan apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

c. Riwayat Perkawinan

Meliputi beberapa kali menikah, status pernikahan sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologinya sehingga mempengaruhi proses nifas.

d. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah ibu pernah mengalami abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, apakah anggota keluarga juga pernah mengalami persalinan dengan kasus KPD atau tidak.

2) Riwayat Persalinan Sekarang

Pre Sectio Caesarea

Kapan timbul masalah, riwayat trauma, penyebab, gejala timbul tiba-tiba atau perlahan, lokasi, obat yang diminum dan cara penanggulangan.

Post Sectio Caesarea

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah mengikuti KB sebelumnya, dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama dan apakah ada keluhan selama program KB serta bagaimana rencana KB setelah masa nifas.

e. Kehidupan sosial budaya

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan ibu pada masa nifas misalnya kebiasaan pantangan makan, pijat ke dukun bayi.

f. Data psikologi

Pre Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana tingkat kecemasan pada klien terhadap operasi yang akan dilakukan dan pengetahuan klien tentang pembedahan agar perawat dapat memberikan penjelasan lebih lanjut.

Post Sectio Caesarea

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui bagaimana respon ibu terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi dan psikologis selama masa nifas, sang ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk melihat bagaimana respon ibu terhadap bayinya dan respons ibu terhadap dirinya.

g. Data Pengetahuan

Pre Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang persiapan melahirkan.

Post Sectio Caesarea

Dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan yang dimengerti ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan ibu nifas.

h. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

Tabel 2.3 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Pre <i>Sectio Caesarea</i>	Post <i>Sectio Caesarea</i>
1.	Nutrisi	menggambarkan bagaimana nutrisi ibu, selama masa kehamilan seperti pola makan, minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan pantangan makanan.	Ibu post <i>Sectio Caesarea</i> harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung bahan kimia, pedas dan menimbulkan gas.
2.	Eliminasi	Bagaimana pola fungsi sekresi seperti buang air kecil dan besar yang terkaji dalam frekuensi, warna, bau.	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.
3.	Pola istirahat dan tidur	Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.	Bagaimana pola tidur pasien jam berapa pasien dapat tidur, penggunaan waktu luang dan apakah pasien mengkonsumsi obat.
4.	Personal Hygiene	Bagaimana kebersihan diri pasien.	untuk mengetahui bagaimana kebersihan diri pasien pada masa nifas, terutama pada area genitalia atau area insisi pada abdomen apabila pasien melakukan persalinan dengan SC.
5.	Aktivitas	Untuk mengetahui apakah pasien mengalami penurunan aktivitas.	Untuk mengetahui apakah pasien post partum mengalami penurunan aktivitas, mobilisasi dini post partum sebaiknya dilakukan yaitu dengan mika/miki, duduk dan berjalan.

2. Data Objektif

a. Pre sectio caesraea

Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu ibu sebelum operasi masih normal berkisar 36,5-37,5°C

2) Nadi dan pernapasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan normal

3) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat >120/90 mmHg.

b. Post sectio caesarea

Tanda-Tanda Vital

1) Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2) Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat $>120/90$ mmHg.

c. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pre <i>Sectio Caesarea</i>	Post <i>Sectio Caesarea</i>
Mata	Diperiksa bagian sklera dan konjungtiva	Amati ada atau tidaknya peradangan pada kelopak mata, kesimetrisan kanan dan kiri, amati keadaan konjungtiva (konjungtivitis atau anemis), sclera (ikterik atau indikasi hiperbilirubi atau gangguan pada hepar), pupil (isokor kanan dan kiri), reflek pupil terhadap cahaya mosisi atau mengecil, ada atau tidaknya nyeri tekan pada kedua bola mata.
Hidung	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa	ada/tidaknya pembengkakan konka nasalis, ada/tidaknya hipersekresi mukosa
Mulut	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi	Gigi karies/tidak, mukosa mulut kering dan warna mukosa gigi
Leher	Pemeriksaan JVP, KGB dan tiroid	Pemeriksaan JVP. KGB, dan tiroid
Paru-paru	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis terlihat/tidak.	Kesimetrisan dada, jenis pernafasan torak abdominal, dan tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan normal 16-24 kali/menit, iktus cordis

		terlihat/tidak.
Cardiovaskuler	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.	Terjadi peningkatan frekuensi nadi, irama tidak teratur serta peningkatan tekanan darah.
Payudara	Payudara tidak ada pembengkakan	Infeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi.
Abdomen	<p>Pemeriksaan DJJ Pemeriksaan Leopold</p> <p>Leopold 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila kepala janin dibagian fundus yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting. 2. Apabila bokong janin teraba dibagian fundus, yang terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melintang. 3. Apabila posisi janin melintang pada reahim, maka pada fundus teraba kosong <p>Leopold 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian punggung : akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan 2. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) : akan teraba kecil, bentuk atau posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif <p>Leopold 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian keras, dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong. 2. Apabila bagian terbawah janin memasuki PAP, 	Apakah kembung, asietas, terdapat nyeri tekan, lokasi massa, lingkaran abdomen, bising usus, tampak linea nigra atau alba, striae livida atau albican, terdapat bekas luka operasi <i>Sectio Caesarea</i> . Mengkaji luka jahitan post <i>Sectio Caesarea</i> 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 <i>Sectio Caesarea</i> .

	<p>maka saat bagian bawah digoyang sudah tidak bisa.</p> <p>Leoplod 4</p> <p>1. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen), berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen), maka bagian terendah janin memasuki PAP.</p>	
Genetalia	Adakah pengeluaran lochea, bagaimana warnanya banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, bagaimana posisi kateter terpasang dengan baik atau tidak	Bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak darah yang belum dibersihkan.
Ektremitas	Adanya edema atau tidak, varises atau tidak	Kaji kesimetrisan, kekuatan otot dan ada tidaknya edema.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nanda (2015)

1. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin.

2. Elektrolit

Untuk mengukur jumlah elektrolit dalam tubuh

3. Ekstensi

4. Hemoglobin / hematokrit

Untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.

5. Golongan darah

6. Urinalisis

Untuk mendeteksi kelainan ginjal, saluran kemih, serta untuk mendeteksi kelainan- kelainan di berbagai organ tubuh lain seperti hati, saluran empedu, pankreas, dan lain – lain

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Pra Operasi mencakup :

1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
2. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Resiko cidera pada janin berhubungan koping individu tidak efektif

Diagnosa keperawatan Post *Sectio caesarea* yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi pre sectio caesarea

Pre sectio caesarea

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5) 3. Perilaku tegang menurun (5) 4. Frekuensi nafas menurun (5) 5. Frekuensi nadi menurun (5) 6. Tekanan darah menurun (5) 	Intervensi utama SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis) 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati) 2. Fasilitasi pemeriksaan penunjang (mis. Foto toraks, pemeriksaan <i>x-ray</i>) 3. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan 4. dokumen-dokumen pra operasi (mis. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh) 5. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan

			<p>6. Pastikan kelengkapan Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</p> <p>7. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis kursi roda, tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 3. Latih teknik terapi mobilisasi dini 4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan 5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptic 6. Jelaskan prosedur untuk melakukan teknik distraksi mobilisasi dini setelah dilakukan operasi SC <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik) 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien 3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi <p>Koordinasi dengan perawat kamar bedah</p>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 	<p>SIKI : Manajemen nyeri</p> <p>I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Muntah menurun (5) 8. Mual menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Pola nafas membaik (5) 11. Tekanan darah membaik (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi mobilisasi dini) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik distraksi mobilisasi dini) <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	--

3	Resiko cedera pada janin berhubungan koping individu tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Cedera L.14136</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun (5) 2. Luka/lecet menurun (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Frekuensi napas membaik (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02055</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa denyut janin selama 1 menit 6. Monitor denyut jantung janin 7. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien 2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan.
---	--	---	---

Tabel 2.6 Intervensi Post sectio caesarea

Post sectio caesarea

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri melahirkan akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Uterus teraba membulat menurun (5) 7. Muntah menurun (5) 8. Mual menurun (5) 9. Frekuensi nadi membaik (5) 10. Pola nafas membaik (5) 11. Tekanan darah membaik (5) 	SIKI : Manajemen nyeri I.0823 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik distraksi dengan mobilisasi dini) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

			<p>3. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik distraksi dengan mobilisasi dini) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Kecemasan menurun (5) 4. Gerakan terbatas menurun (5) 5. Kelemahan fisik menurun (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Dukungan Ambulasi L.06171</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Menyusui tidak efektif ditandai dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Status Menyusui L.03029</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/24 jam meningkat (5) 4. Suplai ASI adekuat meningkat (5) 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan

			minyak 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
4	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan L.14125 1. Perfusi jaringan meningkat (5) 2. Kerusakan jaringan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5)	Intervensi utama SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567 Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 2. Masase fundus sampai kontraksi kuat 3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 4. Berikan kenyamanan pada ibu 5. Fasilitasi ibu berkemih secara normal 6. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum Edukasi 1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin 3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat 4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi relaksasi autogenik)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

- a. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

- b. (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
- c. A (*Assesment*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
- d. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus Deskriptif. Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada kasus *sectio caesarea* dengan implementasi genggam jari dan stress ball dalam mengatasi masalah kecemasan di RSUD Curup.

Gambaran dalam penelitian ini meliputi pengkajian, perencanaan (Nursing Care Plan) tersajikan dalam bentuk naratif, tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan menerapkan *evidence based practice* salah satu hasil penelitian yaitu relaksasi genggam jari dan stress ball dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing Progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan oleh penulis hingga terakhir melakukan asuhan keperawatan

3.2 Subjek Studi Kasus

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari subjek yang diambil yaitu:

1. Inklusi
 - a. Kehamilan dengan tindakan *sectio caesarea*.
 - b. Klien dengan persalinan pertama yang tidak direncanakan
 - c. Klien yang dirawat di ruang perawatan kebidanan (Teratai) selama 3 hari.

- d. Klien yang bersedia dilakukan tindakan relaksasi genggam jari dan stress ball
 - e. Klien yang bersedia untuk diambil dokumentasi
 - f. Klien yang bersedia dilakukan tindakan lanjutan di rumah
 - g. Klien tanpa komplikasi penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dll.
2. Ekslusi
- a. Klien yang mengalami komplikasi penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, dll setelah operasi dan pindah rawat di ruang intensif (ICU)
 - b. Klien yang mengalami penurunan kesadaran (ICU)

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus adalah menerapkan tindakan keperawatan yang berhubungan dengan penyelesaian masalah kecemasan pada pasien sectio caesarea dan meliputi penerapan genggam jari dan stress ball pada pasien sectio caesarea.

3.4 Definisi Operasional

1. Pasien sectio caesarea

Pasien sectio caesarea adalah pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan di ruang operasi dan setelah pembedahan yang dirawat di ruang Teratai RSUD Rejang Lebong.

2. Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan yang timbul ketika seseorang merasa khawatir atau takut akan pembedahan (sectio caesarea) ditandai dengan keadaan yang tidak menyenangkan.

3. Relaksasi genggam jari dan stress ball

Relaksasi genggam jari dan stress ball merupakan tindakan yang dilakukan dengan menggenggam jari-jari secara bergantian mulai dari ibu jari sampai dengan jari kelingking serta menggenggam bola kecil sampai kecemasan yang dirasakan menurun.

3.5 Instrumen Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam melaksanakan asuhan dan tindakan keperawatan seperti catatan atau format pengkajian , lembar observasi ttv, lembar observasi HARS (kuisisioner dan ceklist), lembar observasi kecemasan dan lembar observasi post op sectio caesarea.

3.6 Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian ini adalah di ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2024. Studi kasus ini dilakukan mulai dari tanggal 20 Mei sampai 22 Mei 2024.

3.7 Pengumpulan Data

1. Biofisiologis

Pengumpulan data biofisiologis adalah pengumpulan data yang dipergunakan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada dimensi fisiologi. Contoh: pengumpulan data aktivitas dasar klien meliputi pola kebiasaan sehari-hari.

2. Observasi

Observasi adalah kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti penglihatan, pendengaran, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan fakta-fakta peristiwa empiris. Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh klien bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada sistem tubuh klien.

3. Wawancara

Wawancara adalah Teknik pengumpulan data antara peneliti dan klien, tujuan dari wawancara adalah mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien melalui bina hubungan saling percaya dan saling support. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan informasi keluhan/masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini.

a. Terstruktur

Pengukuran wawancara terstruktur menggunakan format pengkajian yang sudah baku meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut.

b. Tidak terstruktur

Jenis pengukuran ini yaitu dengan menggunakan wawancara yang tidak fokus topik. Terdapat beberapa jenis pengukuran pada jenis wawancara ini:

- 1) Wawancara secara langung tanpa adanya suatu topik khusus yang dibicarakan.
- 2) Focus interview adalah wawancara yang dipergunakan oleh peneliti kepada subjek yang menggunakan pertanyaan secara luas. Jenis pertanyaan biasanya berhubungan dengan suatu dorongan agar subjek bersedia berbicara secara terbuka, tidak hanya pertanyaan ya dan tidak.
- 3) Riwayat hidup. Jenis penelitian ini merupakan penjabaran tentang pengalaman hidup seseorang.
- 4) Catatan kehidupan (diaries) Penelitian ini digunakan untuk menanyakan kepada subjek tentang kehidupan yang terjadi selama ini berdasarkan catatan kehidupannya.

4. Kuesioner

Pada jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek meliputi lembar HARS untuk menurunkan kecemasan pasien sekaligus menjawab pertanyaan secara tertulis.

5. Skala penilaian

Skala penilaian menggunakan skala penilaian HARS.

3.8 Analisis dan Penyajian Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data Analisis data dilakukan sejak peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul Teknik analisis berupa narasi dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara berupa narasi dan observasi dari hasil pengukuran.

3.9 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden/klien dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Terdapat 7 prinsip etik keperawatan yaitu yaitu :

1. Otonomi (menghormati hak pasien)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih

dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

2. Non malficience (tidak merugikan pasien)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

3. Beneficience (melakukan yang terbaik bagi pasien)

Beneficience berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

4. Justice (bersikap adil kepada semua pasien)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam prkatek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

5. Veracity (jujur kepada pasien dan keluarga)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argument mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors knows best" sebab individu memiliki otonomi, mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

6. Fidelity (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk

meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

7. Confidentiality (mampu menjaga rahasia pasien).

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Asuhan Keperawatan

4.1.1 Pengkajian

Tempat Praktek	: Ruang Teratai
No. Reg	: 200739
Tanggal Pengkajian	: 20 Mei 2024 Pukul : 08.30 WIB
Tanggal Masuk	: 19 Mei 2024 Pukul : 13.15 WIB
Diagnosa Medis	: G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus Prematuritas Imminens

4.1.2 Identitas Klien

1. Identitas diri klien

Nama Klien	: Ny. E
Tanggal Lahir	: 14/01/1988
Umur	: 36 Tahun
Pendidikan	: D-III
Status Perkawinan	: Kawin
Alamat	: Kampung Delima
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Indonesia
Pekerjaan	: PNS

2. Penanggung jawab

Nama Suami : Tn. B
Tanggal Lahir : 20/08/1972
Umur : 51 Tahun
Agama : Islam
Alamat : Kampung Delima
Status Perkawinan : Kawin
Pendidikan : D-IV
Pekerjaan : PNS

4.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi klien dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* yaitu gerak janin kurang atau lemah dan diikuti juga dengan faktor usia ibu yaitu 36 tahun yang menjadi salah satu faktor resiko dalam persalinan.

b. Keluhan utama

Keluhan Masuk Rumah Sakit

Klien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Mei 2024 dengan merasakan nyesak di dada atau tidak nyaman, gerakan janin berkurang dan lemah.

Pre Sectio Caesarea

Klien mengeluh merasa cemas karena baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi. Klien tampak tegang, muka pucat dan berkeringat. Klien hamil anak kedua dan pernah keguguran 1 kali saat usia kehamilan 3 bulan. Gerak janin berkurang dari kemarin sejak sebelum dibawa ke rumah sakit. Perut klien terasa kencang. Kesadaran klien composmentis, TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,7° c, DJJ : 132 x/menit.

Post Sectio Caesarea

Setelah 1 jam post operasi, klien dalam kondisi tirah baring dan tampak lemas karena masih dalam pengaruh obat anastesi. Setelah 1 jam post operasi klien mengeluh bahwa dirinya merasakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah. Nyeri yang dirasakan berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri sedang yaitu 6.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pre Sectio Caesarea

Klien tampak cemas, tegang, gelisah dan muka tampak pucat karena baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi.

Post Sectio Caesarea

Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen bawah. Klien juga tampak berhati-hati saat ingin mengerakkan tubuhnya karena takut luka bekas operasinya

terbuka. Ekstremitas bawah klien terasa kaku saat digerakkan.

Nyeri yang dirasakan klien :

P : Nyeri disebabkan karena luka bekas operasi

Q : Nyeri yang dirasakan berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

d. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan kehamilan yang kedua ini memang kehamilan yang direncanakan bersama suaminya. Kehamilan klien yang sekarang mengalami permasalahan seperti pada klien sendiri yaitu klien mengatakan merasakan sesak napas saat di rumah namun setelah diperiksa frekuensi pernapasan klien dalam kondisi normal.

e. Riwayat kehamilan yang lalu

Klien mengatakan pada kehamilan yang lalu klien mengalami keguguran saat usia kehamilan 3 bulan.

f. Riwayat persalinan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami persalinan karena mengalami keguguran.

g. Riwayat menstruasi

HPHT klien yaitu pada tanggal 13/09/2023 dan taksiran persalinan klien yaitu pada tanggal 20/06/2024.

h. Riwayat persalinan saat ini

Klien mengatakan riwayat kehamilan yang sekarang yaitu G2P0A1, aterm 34-35 minggu. Jenis persalinan klien yaitu operasi *Sectio Caesarea* atas indikasi PPI yang dilakukan pada tanggal 20 Mei 2024 pukul 10.50 WIB. Saat operasi dilakukan klien dengan posisi terlentang dalam keadaan anastesi spinal. Dilakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada daerah operasi dan sekitarnya. Bagian yang akan dioperasi dipersempit dengan doek steril. Dilakukan insisi 2 jari di atas simfisis sepanjang \pm 10 cm. Kemudian insisi diperdalam secara tajam dan tumpul sampai menembus peritoneum. Setelah peritoneum dibuka tampak uterus sebesar kehamilan aterm.

i. Riwayat kesehatan bayi setelah operasi SC

Pada tanggal 20 Mei 2024 pukul 11.00 WIB telah lahir neonatus hidup dengan jenis kelamin perempuan dengan APGAR Score 7/9 selama 5 menit pertama. Denyut jantung 120 x/menit, BB 3100 gram, PB 48 cm, LK 34 cm dan LD 33 cm. Bayi klien dibawa ke ruangan mawar (anak) karena akan dilakukan pemantauan beberapa jam. Pada klien terdapat kolostrum tapi tidak diberikan dikarenakan klien dan bayinya tidak satu ruangan. SP02 bayi 90%.

j. Riwayat kesehatan lalu

1) Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi pada makanan maupun pada obat-obatan.

2) Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan ataupun jatuh.

3) Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan pernah dirawat di RS pada saat dirinya mengalami keguguran.

4) Riwayat Operasi

Klien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan operasi.

k. Riwayat kesehatan keluarga

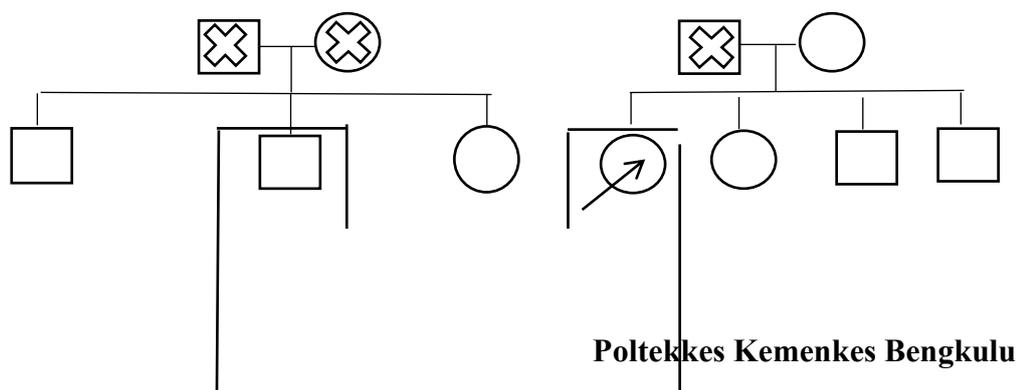
Klien mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit apapun dan tidak pernah juga mempunyai riwayat dilakukannya tindakan operasi.

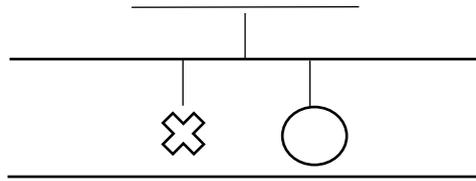
l. Riwayat kontrasepsi

Klien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi.

Genogram

4.1 Genogram





Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Klien



: Tinggal serumah

Ny. E mengatakan dirinya tinggal bersama suaminya dan sekarang akan tinggal bersama bayinya yang baru lahir.

Data Umum Maternitas :

1. Riwayat kehamilan

1. Menarche : Ny. E mengatakan mengalami menarche pertama kali pada umur 14 tahun
2. Siklus : Siklus haid Ny. E yaitu 28 hari
3. Lama : Lama haid Ny. E yaitu 5 hari
4. Banyaknya : Saat haid banyak darah yang keluar
5. Teratur/tidak : Ny E mengatakan haid nya teratur
6. Disminore : Ny. E mengatakan tidak mengalami nyeri pada saat haid

b. Kehamilan sekarang

1. Rencana : Direncanakan
2. Status Obstetrikus : G2P0A1

3. Usia Kehamilan : 34-35 Minggu
4. HPHT : 13/09/2023
5. Taksiran Persalinan : 20/06/2024
6. Mengikuti kelas prenatal : Tidak mengikuti kelas prenatal
7. Rencana KB : Belum dipastikan

Tabel 4.1 Pola kebiasaan sehari-hari

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Pre Operasi Sectio Caesarea	Post Operasi Sectio Caesarea
1.	Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	2 x sehari 1 porsi Nasi + lauk pauk 6 x sehari Air mineral	Klien dipuaskan Klien dipuaskan	Klien belum boleh makan Klien belum boleh minum
2.	Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan 2. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	5 x sehari Kuning jernih Tidak ada 2 x sehari Kuning kecoklatan Tidak ada	3 x sehari Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada	300 cc Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada
3.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur	2 jam 7-8 jam Tidak ada	Tidak tidur 4-5 jam Tidak ada	Belum ada tidur 2-3 jam Tidak ada

	4. Keluhan	Posisi tidur kurang nyaman	Posisi tidur	Posisi tidur dan nyeri bekas operasi
4.	Personal Hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu	2 x sehari Pagi dan sore 3 x sehari Pagi, sore dan malam 3 x sehari Pagi	Hanya lap badan dengan washlap Pagi 1 x sehari Pagi Tidak ada Tidak ada	Tidak mandi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
5.	Aktivitas/istirahat a. Jenis pekerjaan b. Lama bekerja c. Hobby d. Kegiatan waktu luang	PNS ± 8 jam (Tidak menentu) Memasak Di rumah bersama keluarga	- - - -	Klien tirah baring
6.	Kebiasaan lain a. Minuman keras b. Penggunaan obat-obatan c. Psikotropika/narkotik	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

Tabel 4.2 Pola aktivitas sehari-hari

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Toileting	✓				
Berpakaian	✓				
Mobilitas di tempat tidur			✓		
Berpindah/berjalan			✓		

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Alat bantu

- 2 : Dibantu orang lain
- 3 : Alat bantu dan dibantu orang lain
- 4 : Ketergantungan total

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan	<i>Pre Sectio Caesaria</i>	<i>Post Sectio Caesarea</i>
Tekanan Darah	110/70 mmHg	120/80 mmHg
Pernapasan	19 x/menit	19 x/menit
Nadi	88 x/menit	90 x/menit
Suhu	36,7°C	36,9°C
Urine	-	400 cc
DJJ	132 x/menit	-

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik head to toe

Pemeriksaan Fisik	<i>Pre Sectio Caesarea</i>	<i>Post Sectio Caesarea</i>
Mata	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : Tidak ada .	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : Tidak ada
Hidung	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : Tidak ada	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Napas tambahan: Tidak ada Kelainan : Tidak ada
Mulut	Gigi : Bersih, idak terdapat caries/ karang gigi	Gigi : Bersih, idak terdapat caries/ karang gigi

	Mukosa bibir : Lembab Sianosis : Tidak ada Lidah : Bersih	Mukosa bibir : Lembab Sianosis : Tidak ada Lidah : Bersih
Leher	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid
Paru-paru	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur
Cardiovaskuler	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Reguler dan tidak ada bunyi tambahan	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Reguler dan tidak ada bunyi tambahan
Payudara	Bentuk : Simetris Aeorola : Bewarna gelap (Hyper-pigmentasi) Benjolan/abnormal : Tidak ada	Bentuk : Simetris kiri dan kanan Aerola : Hyperpigmentasi Putting susu : Menonjol Kolostrum : Terdapat keluarnya kolostrum
Abdomen	Inspeksi : Terdapat striae gravidarium, tidak ada bekas operasi	Inpeksi : Tidak ada pembengkakan, terdapat bekas luka operasi SC

	<p>Palpasi : Leoplod 1 TFU 30 cm, fundus teraba bundar (bokong) Leoplod 2 bagian kanan perut klien teraba memanjang dan bagian kiri teraba bagian kecil (ekstremitas) Leoplod 3 teraba bagian bulat, keras, melenting (kepala) Leoplod 4 konvergen</p> <p>Auskultasi : Bising usus normal DJJ : 132 x/menit</p>	<p>dibagian bawah abdomen sepanjang ± 10 cm, horizontal luka operasi tertutup dengan obsite, tidak terdapat cairan</p> <p>Auskultasi : bising usus 12 x/menit Perkusi : Perut masih terasa kembung dan platus (-) Palpasi : Nyeri tekan disekitar luka, skala nyeri 6, kontraksi uterus keras.</p>												
Genetalia	<p>Vulva/vagina : tidak terdapat bukaan Perdarahan : Tidak ada Kebersihan : bersih</p>	<p>Terdapat pengeluaran lochea rubra berwarna kemerahan sebanyak 30 cc satu jam pertama. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada genetalia klien</p>												
Ektremitas	<p>Ekstremitas : tidak ada edema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot kuat Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	5	5			5	5	<p>Ekremitas : tidak ada edema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> </table>	4	4			3	3
5	5													
5	5													
4	4													
3	3													

Tabel 4.5 Pemeriksaan penunjang pre *sectio caesarea*
 Pemeriksaan tanggal 19/05/2024 Pukul 10.37

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
-------------	-------	--------------

Hemoglobin	14,8 g%	11,7 -15,5
Hematokrit	39 %	35-47
Leukosit	12.200 /uL	3.600-11.000
Trombosit	214.000 /uL	150.000-400.000
Eritrosit	4,24 juta /uL	3,8-5,2
Diff Count	0/1/0/72/20/7 %	0-1/1-4/2-6/50-70/20-40/2-8

Tabel 4.6 Pemeriksaan penunjang post *sectio caesarea*
Pemeriksaan tanggal 20/05/2024 Pukul 11.59

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	14,9 g%	11,7 -15,5
Hematokrit	39 %	35-47
Leukosit	16.700 /uL	3.600-11.000
Trombosit	201.000 /uL	150.000-400.000
Eritrosit	4,25 juta /uL	3,8-5,2
Diff Count	0/0/0/69/23/11 %	0-1/1-4/2-6/50-70/20-40/2-8

4.1.5 Penatalaksanaan

Tabel 4.7 Penatalaksanaan pre *sectio caesarea*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian obat	Dosis Obat
19/05/2024 – 20/05/2024	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	20 ggt/menit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	1 x 1gr
	Dexamethasone	Untuk mengurangi atau menekan peradangan dan alergi	IV line	5 mg/ml
	Oksigen nasal kanul	Untuk mendukung dan membantu pemenuhan kebutuhan oksigen	Oksigen	3 l/menit

Tabel 4.8 Penatalaksanaan post *sectio caesarea*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian obat	Dosis Obat
20/05/2024 – 22/05/2024	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	20 ggt/menit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	1 x 1 gr
	Kalnex	Untuk mencegah infeksi akibat bakteri di system reproduksi, kulit, jantung dan vaginosis bakterialis.	IV line	3 x 1 gr
	Tramadol	Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang	IV line	3 x 1 gr
	Paracetamol	Mengatasi dan meringankan nyeri	IV line	3 x 1 gr

Tabel 4.9 Penatalaksanaan perawatan invasive *pre dan post sectio caesarea*

No	Perawatan Invasif	Tgl pemasangan	Tgl dilepaskan
1.	Infus	19/05/2024	22/05/2024
2.	Kateter	20/05/2024	21/05/2024

4.1.6 Analisa Data

Tabel 4.10 Analisa data *pre sectio caesarea*

No	Analisa Data	Penyebab	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>a. Klien mengeluh merasa cemas karena baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak tegang</p> <p>b. Klien tampak berkeringat</p> <p>c. Muka klien tampak pucat</p> <p>d. Hasil pemeriksaan ttv :</p> <p>1) TD : 110/70 mmHg</p> <p>2) N : 88 x/menit</p> <p>3) RR : 19 x/menit</p>	Krisis situasional	Ansietas (D.0080)

	4) S : 36,7° C		
2	<p>DS :</p> <p>a. Klien mengatakan gerak janin kurang</p> <p>b. Klien mengatakan merasa nyesak di dada</p> <p>DO :</p> <p>a. Muka klien tampak pucat</p> <p>b. Hasil pemeriksaan ttv :</p> <p>1) TD : 110 mmHg</p> <p>2) N : 88 x/menit</p> <p>3) RR : 19 x/menit</p> <p>4) S : 36,7° C</p> <p>5) DJJ : 132 x/menit</p>	Usia ibu >35 tahun	Resiko Cidera Pada Janin (D.0138)

Tabel 4.11 Analisa data post *sectio caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
3	<p>DS :</p> <p>a. Klien mengeluh merasa nyeri pada luka bekas operasi bagian bawah abdomen</p> <p>b. Hasil pengkajian nyeri :</p> <p>P : Nyeri disebabkan karena Luka operasi</p> <p>Q : Nyeri terasa berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri terdapat di bagian Bawah abdomen</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T : Nyeri terasa saat Bergerak</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak sedikit meringis saat menahan nyeri</p> <p>b. Hasil pemeriksaan ttv :</p> <p>1) TD : 120/80 mmHg</p>	<p>Agen pencedera fisik (Luka bekas operasi pada abdomen bawah)</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>

	2) N : 90 x/menit 3) RR : 19 x/menit 4) S : 36.9° C						
4	DS : a. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah nya b. Klien mengatakan terasa nyeri jika bergerak c. Klien mengatakan cemas saat bergerak d. Klien mengatakan merasa tubuhnya lemas DO : a. Keadaan umum klien tampak lemah b. Gerakan klien tampak kaku, tegang c. Klien belum bisa beraktivitas d. Klien belum bisa melakukan miring kanan dan miring kiri e. Kekuatan otot klien menurun <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> f. Hasil pemeriksaan ttv : 1) TD : 120/80 mmHg 2) N : 90 x/menit 3) RR : 19 x/menit 4) S : 36.9° C	4	4	3	3	Nyeri	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
4	4						
3	3						
5	DS : a. Klien mengatakan ia dan bayinya tidak rawat gabung DO : b. Klien tampak pumping ASI c. Klien memberikan ASI pada bayinya dengan dot d. Hasil Pemeriksaan ttv :	Tidak rawat gabung	Menyusui tidak efektif (D.0029)				

	1) TD : 120/80 mmHg 2) N : 90 x/menit 3) RR : 19 x/menit 4) S : 36.9° C		
6	DS : a. Klien mengatakan merasa lelah DO : a. Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ±10 cm b. Luka tampak tertutup obsite c. Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi d. Hasil pemeriksaan ttv : 1) TD : 120/80 mmHg 2) N : 90 x/menit 3) RR : 19 x/menit 4) S : 36.9° C	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi (D.0142)

4.1.7 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.12 Diagnosa keperawatan pre *sectio caesarea*

NO	Diagnosa	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	20 Mei 2024	22 Mei 2024
2	Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun	20 Mei 2024	22 Mei 2024

Tabel 4.13 Diagnosa keperawatan post *sectio caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah)	20 Mei 2024	22 Mei 2024
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	20 Mei 2024	22 Mei 2024

5	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung	20 Mei 2024	22 Mei 2024
6	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasaif	20 Mei 2024	22 Mei 2024

4.1.8 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.14 Rencana keperawatan pre *sectio caesarea*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Ansietas L.09093 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun	SIKI : Terapi Relaksasi I.09326 Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap telnik relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang

			<p>dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (genggam jari dan stress ball) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
2	<p>Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun (D.0138)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Cidera L.14136</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian cedera menurun 2. Ketegangan otot menurun 3. Agitasi menurun 	<p>SIKI : Pemantauan Denyut Jantung Janin I.02056</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status obstetrik 2. Identifikasi riwayat obstetrik 3. Identifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok 4. Identifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya 5. Periksa denyut janin selama 1 menit 6. Monitor denyut jantung janin 7. Monitor tanda vital ibu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien 2. Lakukan <i>maneuver Leopold</i> untuk menentukan posisi janin <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan.

Tabel 4.15 Rencana keperawatan post *sectio caesarea*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
3	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	SIKI : Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik mobilisasi dini) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Kekuatan otot meningkat 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>SIKI : Dukungan Mobilisasi I.05173</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
5	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka diharapkan status menyusui membaik</p>	<p>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima

	gabung (D.0029)	dengan kriteria hasil : SLKI : Status Menyusui L.03029 1. Kepercayaan diri ibu meningkat 2. Tetesan/pancaran ASI meningkat 3. Suplai ASI adekuat	informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak 5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
6	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Infeksi L.14137 1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun	SIKI : Perawatan Pasca Seksio Sesaria I.14567 Observasi 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda-tanda vital ibu 3. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 4. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam 2. Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika

			<p>memungkinkan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi 2. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam 3. Ajarkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan
--	--	--	---

4.1.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.16 Implementasi keperawatan pre *sectio caesarea*

Nama Klien : Ny. E

Ruangan : Teratai

Umur : 36 tahun

No.RM : 200739

Implementasi Hari Pertama (20 Mei 2024)

Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi	Paraf
Senin, 20 Mei 2024	1, 2	08.30	<p>1. Melakukan pengkajian umum klien</p> <p>R/ Klien mengatakan merasa cemas karena baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi, klien tampak pucat, tegang dan berkeringat. Klien usia 36 tahun dengan G2P0A1, hamil 34-35 minggu</p> <p>Hasil pemeriksaan ttv klien :</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>N : 88 x/menit</p> <p>RR : 19 x/menit</p> <p>T : 36,7°C</p> <p>DJJ : 132 x/menit</p>	Silva

	1	08.45	2. Mengukur kecemasan klien dengan menggunakan lembar kuisisioner R/ Didapatkan kecemasan ringan dengan skor 14 pada klien saat sebelum dipindahkan ke ruangan operasi	Silva
	1	08.55	3. Menanyakan kepada klien teknik relaksasi yang pernah digunakan R/ Saat klien dalam kondisi cemas klien belum pernah menggunakan teknik relaksasi apapun	Silva
	1	08.58	4. Mengontrak klien untuk melakukan teknik relaksasi R/ Klien mengatakan bersedia dan mampu untuk melakukan teknik relaksasi	Silva
	1	09.00	5. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman R/ Lingkungan klien aman dan nyaman	Silva
	1	09.05	6. Menjelaskan dan mencontohkan prosedur, tujuan dan jenis relaksasi genggam jari dan stress ball R/ Klien memahami sehingga dapat menyebutkan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat	Silva
	1	09.10	7. Menyuruh klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball R/ Klien melakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball ± 5 menit	Silva
	2	09.15	8. Menjelaskan tujuan dan melakukan pemeriksaan DJJ R/ Klien memahami apa yang dijelaskan oleh perawat dan DJJ klien 132 x/menit	Silva dan Bidan

	2	09.20	9. Menginformasikan hasil pemantauan R/ Klien menerima informasi hasil pemantauan	Silva
	2	09.25	10. Mengukur kembali kecemasan klien dengan menggunakan lembar kuisisioner R/ Didapatkan kecemasan ringan dengan skor 10 pada klien saat sebelum Dilakukan tindakan operasi	Silva
	2	09.50	11. Menyuruh klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball R/ Klien melakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball ± 5 menit	Silva
	1, 2	09.35	12. Mengantarkan klien ke ruangan operasi R/ Klien di antar keruangan operasi pukul 10.00 dan akan dilakukan tindakan operasi	Silva

Tabel 4.17 Implementasi keperawatan post *sectio caesarea*

Nama Klien : Ny. E

Ruangan : Teratai

Umur : 36 tahun

No.RM : 200739

Implementasi Hari Pertama (20 Mei 2024)

Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi	Paraf
Senin, 20 Mei 2024	3,4,5,6	12.00	1. Melakukan pengkajian umum klien R/ Didapatkan hasil pengkajian seperti data umum pasien dan keluhan pasien seperti merasa kaku untuk bergerak	Silva

	3,4,5,6	12.05	2. Memonitor tanda-tanda vital klien R/ TD : 120/80 mmHg N : 90x/menit RR : 19 x/menit T : 36,9°	Silva
	3	12.15	3. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ P : Nyeri disebabkan karena luka operasi Q : Nyeri terasa berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri terdapat di bagian Bawah abdomen S : Skala nyeri sedang yaitu 6 T : Nyeri terasa saat bergerak	Silva
	3	12.45	4. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ Klien diberikan kesempatan untuk mencoba kembali teknik relaksasi napas dalam	Silva
	3	12.50	5. Menjelaskan kepada klien penyebab dan periode nyeri R/ Klien memahami sehingga dapat menyebutkan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat	Silva
	3	13.00	6. Memberikan obat analgetik	Silva dan

			R/ Klien diberikan obat tramadol dan paracetamol via IV line	Bidan
4	13.10	7.	Memasang pengaman bed klien R/ Klien dipasangkan pengaman pada bed agar menghindari resiko jatuh	Silva
4	13.15	8.	Mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi 6 jam pertama R/ Klien diajarkan untuk bisa miring kanan dan miring kiri	Silva
4	14.00	9.	Mengajarkan klien untuk melakukan mobilisasi 24 jam pertama R/ Klien diajarkan untuk bisa duduk	Silva
4	14.30	10.	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ Keluarga klien bersedia untuk membantu klien dalam meningkatkan Pergerakan	Silva
5	14.40	11.	Melihat klien saat akan melakukan pumping ASI R/ Klien pumping ASI karena bayinya tidak rawat gabung	Silva
5	14.45	12.	Mendampingi klien saat memberikan ASI pada bayi nya R/ Bayi klien dibawa keruangan klien sebentar saat akan diberikan ASI Kemudian dipindahkan lagi keruangan perawatan anank	Silva dan Bidan
6	14.50	13.	Memonitor respon fisiologis klien R/ Klien masih dalam kondisi nyeri pada luka bekas operasi	Silva
6	15.00	14.	Mengajarkan klien dan keluarga untuk memperhatikan bekas luka operasi	Silva

			R/ Klien dan keluarga memahami dan dapat menyebutkan kembali apa yang diajarkan oleh perawat	
--	--	--	--	--

Implementasi Hari Kedua (21 Mei 2024)

Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi	Paraf
Selasa 21 Mei 2024	6	08.30	1. Melakukan vulva hygiene klien bersama bidan R/ Klien dilakukan vulva hygiene	Silva dan Bidan
	3,4,5,6	09.00	2. Menanyakan keluhan pasien dan memonitor tanda-tanda vital klien R/ Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang dan sudah mulai bisa Menggerakkan ekstremitas nya secara perlahan-lahan TD : 120/80 mmHg N : 92 x/menit RR : 18 x/menit T : 36,5°	Silva
	3	09.20	3. Menanyakan kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ P : Nyeri disebabkan karena luka operasi Q : Nyeri terasa berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri terdapat di bagian bawah abdomen S : Skala nyeri sedang yaitu 5 T : Nyeri terasa saat bergerak	Silva

	3	09.25	4. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ Klien diberikan kesempatan untuk mencoba kembali teknik relaksasi napas dalam	Silva
	3	10.30	5. Memberikan obat analgetik R/ Klien diberikan obat paracetamol via IV line	Silva dan Bidan
	4	12.30	6. Memastikan pengaman bed klien terpasang R/ Klien dipasangkan pengaman pada bed agar menghindari resiko jatuh	Silva
	4	12.35	7. Mengulangi kembali kepada klien bagaimana cara klien untuk melakukan mobilisasi 24 jam pertama R/ Klien diajarkan untuk bisa duduk	Silva
	4	12.45	8. Membantu klien dalam mobilisasi 24 jam pertama R/ Klien sudah dapat duduk namun tetap dalam keadaan hati-hati	Silva
	5	12.55	9. Melihat klien pumping ASI dan memberikan ASI pada bayinya R/ Klien memberikan ASI pada bayinya	Silva dan bidan
	6	13.15	10. Mengajarkan klien dan keluarga untuk memperhatikan bekas luka operasi R/ Klien dan keluarga memahami dan dapat menyebutkan kembali apa yang diajarkan oleh perawat	Silva
	3,4,5,6	13.25	11. Melepaskan selang kateter urine klien R/ Selang kateter klien dilepas	Silva dan Bidan

Implementasi Hari Ketiga (22 Mei 2024)

Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi	Paraf
Rabu, 22 Mei 2024	6	08.30	1. Melakukan vulva hygiene klien R/ Klien dilakukan vulva hygiene	Silva dan Bidan
	3,4,5,6	08.45	2. Menanyakan keluhan pasien R/ Klien mengatakan sudah dapat duduk namun masih dibantu oleh keluarga dan nyeri sudah berkurang	Silva
	3,4,5,6	09.00	3. Memonitor tanda-tanda vital klien R/ Klien mengatakan sudah dapat duduk namun masih dibantu oleh keluarga TD : 120/90 mmHg N : 90 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,0° C	Silva
	3	09.05	4. Menanyakan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R/ P : Nyeri disebabkan karena luka operasi Q : Nyeri terasa berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri terdapat di bagian Bawah abdomen S : Skala nyeri sedang yaitu 4 T : Nyeri terasa saat bergerak namun hilang timbul	Silva

	3	09.10	5. Memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri R/ Klien diberikan kesempatan untuk mencoba kembali teknik relaksasi napas dalam	Silva
	3	09.30	6. Memberikan obat analgetik R/ Klien diberikan obat paracetamol via IV line	Silva dan Bidan
	4	09.35	7. Memastikan kembali pengaman bed klien terpasang R/ Klien dipasangkan pengaman pada bed agar menghindari resiko jatuh	Silva
	4	10.20	8. Mengulangi kembali kepada klien dan keluarga agar tetap melakukan mobilisasi setiap hari R/ Klien dan keluarga memahami dan akan melakukannya di rumah nanti	Silva
	5	11.00	9. Melihat klien memberikan ASI pada bayinya R/ Klien memberikan ASI pada bayinya	Silva
	3,4,5	11.15	10. Melepaskan infus klien R/ Infus klien dilepas	Silva dan Bidan

4.1.10 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.18 Evaluasi keperawatan pre *sectio caesarea*

Nama Klien : Ny. E
Umur : 36 tahun

Ruangan : Teratai
No.RM : 200739

Evaluasi Hari Pertama (20 Mei 2024)

No	Tanggal	No.Dx	Jam	Evaluasi	Paraf																												
1	Senin, 20 Mei 2024	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	16.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan merasa cemas dan khawatir terhadap operasi yang akan dilakukan pada dirinya b. Klien mengatakan takut jika operasinya gagal atau berjalan tidak lancar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak gelisah b. Klien tampak tegang c. Muka klien tampak pucat <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Perilaku tegang menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun			✓			2.	Perilaku gelisah menurun				✓		3.	Perilaku tegang menurun				✓		Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun			✓																													
2.	Perilaku gelisah menurun				✓																												
3.	Perilaku tegang menurun				✓																												

2	Senin, 20 Mei 2024	Resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun	16.10	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan hamil anak kedua dan pernah mengalami keguguran anak pertama saat usia kehamilan klien masih 3 bulan</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak gelisah</p> <p>b. Denyut jantung janin 132 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kejadian cedera menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Ketegangan otot menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Agitasi menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kejadian cedera menurun				✓		2.	Ketegangan otot menurun				✓		3.	Agitasi menurun			✓			Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kejadian cedera menurun				✓																												
2.	Ketegangan otot menurun				✓																												
3.	Agitasi menurun			✓																													

Tabel 4.19 Evaluasi keperawatan post *sectio caesarea*

Nama Klien : Ny. E

Ruangan : Teratai

Umur : 36 tahun

No.RM : 200739

Evaluasi Hari Pertama (20 Mei 2024)

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
3	Senin,20 Mei 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen	16.15	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi dengan skala nyeri 6 dan nyeri terasa hilang timbul</p>	Silva

		pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah)		<p>O :</p> <p>a. Klien tampak meringis saat menahan nyeri</p> <p>b. Klien tampak protektif/waspada saat akan bergerak</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri menurun		✓				2.	Meringis menurun		✓				3.	Gelisah menurun			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri menurun		✓																														
2.	Meringis menurun		✓																														
3.	Gelisah menurun			✓																													
4	Senin,20 Mei 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	16.20	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan pada ekstremitas bawah</p> <p>b. Klien mengatakan tidak dapat secara bebas untuk bergerak</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</p> <p>c. Klien baru bisa mengerakkan tangannya dan kaki nya belum sepenuhnya bisa digerakkan</p> <p>d. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	4	4	3	3	Silva																								
4	4																																
3	3																																

				<p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kelemahan fisik menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas meningkat		✓				2.	Nyeri menurun		✓				3.	Kecemasan menurun			✓			4.	Kekuatan otot meningkat		✓				5.	Kelemahan fisik menurun		✓				
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas meningkat		✓																																												
2.	Nyeri menurun		✓																																												
3.	Kecemasan menurun			✓																																											
4.	Kekuatan otot meningkat		✓																																												
5.	Kelemahan fisik menurun		✓																																												
5	Senin,20 Mei 2024	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabut	16.25	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan tidak rawat gabung dengan bayinya</p> <p>O :</p> <p>a. Klien pumping ASI</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tetes/pancaran ASI meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplai ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P ; Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kepercayaan diri ibu meningkat			✓			2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓			3.	Suplai ASI adekuat meningkat		✓				Silva														
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Kepercayaan diri ibu meningkat			✓																																											
2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓																																											
3.	Suplai ASI adekuat meningkat		✓																																												

6	Senin,20 Mei 2024	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	16.30	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka</p> <p>O :</p> <p>a. Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm</p> <p>b. Luka tertutup opsite</p> <p>c. Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan		✓				2.	Nyeri		✓				Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Kebersihan badan		✓																							
2.	Nyeri		✓																							

Evaluasi Hari Kedua (21 Mei 2024)

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
3	Selasa,21 Mei 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah)	16.00	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang namun masih sering hilang timbul dengan skala nyeri 5</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih tampak kadang-kadang meringis saat nyeri timbul</p>	Silva

				<p>b. Klien masih tampak protektif/waspada saat akan bergerak</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri menurun			✓			2.	Meringis menurun			✓			3.	Gelisah menurun			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri menurun			✓																													
2.	Meringis menurun			✓																													
3.	Gelisah menurun			✓																													
4	Selasa,21 Mei 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	16.10	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan masih sedikit sulit melakukan pergerakan pada ekstremitas bawah</p> <p>b. Klien mengatakan masih tidak dapat secara bebas untuk bergerak</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</p> <p>c. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	4	4	4	4	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas meningkat			✓			2.	Nyeri menurun			✓			Silva			
4	4																																
4	4																																
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Pergerakan ekstremitas meningkat			✓																													
2.	Nyeri menurun			✓																													

				<table border="1"> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kelemahan fisik menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	3.	Kecemasan menurun			✓			4.	Kekuatan otot meningkat			✓			5.	Kelemahan fisik menurun			✓										
3.	Kecemasan menurun			✓																													
4.	Kekuatan otot meningkat			✓																													
5.	Kelemahan fisik menurun			✓																													
5	Selasa,21 Mei 2024	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung	16.15	<p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <p>S :</p> <p>b. Klien mengatakan tidak rawat gabung dengan bayinya</p> <p>O :</p> <p>b. Klien pumping ASI</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tetes/pancaran ASI meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplai ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kepercayaan diri ibu meningkat				✓		2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓			3.	Suplai ASI adekuat meningkat		✓				Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kepercayaan diri ibu meningkat				✓																												
2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓																													
3.	Suplai ASI adekuat meningkat		✓																														
6	Selasa,21 Mei 2024	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	16.20	<p>P ; Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan masih takut lukanya menjadi infeksi dan terbuka</p> <p>O :</p> <p>a. Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen</p>	Silva																												

				<p>dengan panjang ± 10 cm</p> <p>b. Luka masih tertutup opsite</p> <p>c. Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan		✓				2.	Nyeri			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Kebersihan badan		✓																							
2.	Nyeri			✓																						

Evaluasi Hari Ketiga (22 Mei 2024)

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf														
3	Rabu,22 Mei 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah)	12.20	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang namun masih sering hilang timbul dengan skala nyeri 4</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih tampak kadang-kadang meringis saat nyeri timbul</p> <p>b. Klien masih tampak protektif/waspada saat akan bergerak</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri menurun				✓		Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5													
1.	Keluhan nyeri menurun				✓														

				<table border="1"> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </table>	2.	Meringis menurun				✓		3.	Gelisah menurun				✓																																
2.	Meringis menurun				✓																																												
3.	Gelisah menurun				✓																																												
				P : Intervensi dilanjutkan di rumah																																													
4	Rabu,22 Mei 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	12.25	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tubuhnya</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih tampak sedikit berhati-hati saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</p> <p>c. Kekuatan otot</p> <p>d. $\frac{5}{4} \quad \frac{5}{4}$</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kelemahan fisik menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas meningkat				✓		2.	Nyeri menurun				✓		3.	Kecemasan menurun				✓		4.	Kekuatan otot meningkat				✓		5.	Kelemahan fisik menurun				✓		Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																											
1.	Pergerakan ekstremitas meningkat				✓																																												
2.	Nyeri menurun				✓																																												
3.	Kecemasan menurun				✓																																												
4.	Kekuatan otot meningkat				✓																																												
5.	Kelemahan fisik menurun				✓																																												
				P : Intervensi dilanjutkan di rumah																																													

5	Rabu,22 Mei 2024	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung	12.30	<p>S :</p> <p>c. Klien mengatakan tidak rawat gabung dengan bayinya</p> <p>O :</p> <p>c. Klien pumping ASI</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1025 563 1809 831"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tetes/pancaran ASI meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplai ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P ; Intervensi dilanjutkan di rumah</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kepercayaan diri ibu meningkat				✓		2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓			3.	Suplai ASI adekuat meningkat			✓			Silva
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kepercayaan diri ibu meningkat				✓																												
2.	Tetes/pancaran ASI meningkat			✓																													
3.	Suplai ASI adekuat meningkat			✓																													
6	Rabu,22 Mei 2024	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	12.35	<p>S :</p> <p>d. Klien mengatakan masih takut lukanya menjadi infeksi dan terbuka</p> <p>O :</p> <p>a. Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm</p> <p>b. Luka masih tertutup opsite</p> <p>c. Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi</p>	Silva																												

				A : Masalah belum teratasi							
				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	
				1.	Kebersihan badan			✓			
				2.	Nyeri				✓		
				P : Intervensi dilanjutkan di rumah							

4.1.11 Ringkasan Klien Pulang

Nama Pasien	: Ny. E
Umur	: 36 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat praktek	: Ruang Teratai
No. RM	: 200739
Tanggal Masuk	: 19 Mei 2024
Pukul	: 13.15 WIB
Tanggal Pulang	: 22 Mei 2024
Pukul	: 15.30 WIB
Diagnosa Medis	: G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus Prematuritas Imminens
Keadaan pasien pulang	: Kondisi umum klien sudah membaik Tanda-Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg RR : 20 x/menit HR : 80 x/menit S : 36,6°C
Pendidikan kesehatan	: Telah diberikan pendidikan Kesehatan kepada klien dan keluarga untuk

diterapkan

diimplementasikan

di rumah

1. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dan genggam jari jika timbul kecemasan
2. Menganjurkan makan yang banyak mengandung protein
3. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeri muncul
4. Menganjurkan klien untuk tetap melakukan mobilitas fisik dirumah secara mandiri dan dengan bantuan
5. Menganjurkan klien untuk tetap

memperhatikan
kebersihan payudara
agar efektif dalam
menyusui

6. Menganjurkan klien
untuk menjaga luka
agar tetap kering dan
bersih selama di rumah

4.2 Pembahasan Hasil Asuhan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa medis G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + partus prematuritas imminens. Penerapan asuhan keperawatan pre dan post *sectio caesarea* indikasi resiko gawat janin yang diimplementasikan kepada Ny. E telah dilakukan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Adapun implementasi yang dilakukan pada Ny. E sesuai dengan diagnosa yang muncul dan penerapan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball yang mengalami kecemasan. Proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan pada Ny. E dilakukan pada tanggal 20 Mei sampai dengan 22 Mei tahun 2024. Hasil kegiatan proses keperawatan

pada Ny. E disandingkan dengan referensi teori dan praktek di ruang teratai RSUD Rejang Lebong.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Gambaran hasil pengkajian pada Ny. E pada tanggal 20 Mei 2024 pukul 08.30 WIB didapatkan Ny. E usia 36 tahun dengan G2P0A1 dengan kehamilan 34-35 minggu.

Klien mengeluh merasa cemas dan mengatakan baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi. Klien tampak tegang, muka pucat dan berkeringat. Pada saat dilakukan pengkajian keperawatan klien menyatakan rasa cemas yang dirasakan, maka penulis melakukan observasi serta wawancara kepada klien mengenai kecemasan dengan menggunakan lembar kuisioner yang berisikan pertanyaan-pertanyaan mengenai kecemasan. Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 diukur dengan menggunakan skala pengukuran HARS. Kemudian diberikan teknik genggam jari dan stress ball pada klien untuk menurunkan kecemasan tersebut. Selanjutnya diukur kembali kecemasan klien dan skor turun menjadi 10 namun tetap dalam tingkatan kecemasan ringan. Sesuai dengan teori yang menyatakan dalam penentuan skala HARS kecemasan dibedakan menjadi 4 macam diantaranya jika skor kurang dari 6 itu tidak ada kecemasan, jika skor 7-14 itu kecemasan ringan, jika skor 15-27 itu kecemasan sedang dan jika skor lebih dari 27 itu kecemasan berat (Hidayat, 2020).

Kehamilan yang kedua ini juga terdapat masalah seperti pada klien sendiri yaitu klien merasakan nyesak pada dada karena perut semakin membesar serta klien merasakan perut terasa kram sedangkan masalah pada janin yaitu kurangnya pergerakan pada janin sehingga klien merasa lemah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien yaitu TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,7° C, DJJ : 132 x/menit. Berdasarkan teori, usia kehamilan yang normal itu berkisar dari 37-40 minggu namun Ny. E hamil dengan 34-35 minggu, terdapat beberapa tanda dan gejala resiko cedera pada janin seperti denyut jantung janin tidak normal, menurunnya pergerakan janin dan perut terasa kram dan faktor resiko resiko cedera pada janin yaitu seperti faktor usia ibu yang >35 tahun (Aspiani, 2017).

Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri 1 jam post operasi, sehingga penulis melakukan pengkajian PQRST yaitu mengenai penyebab, kualitas, lokasi, skala dan waktu nyeri. Kemudian didapatkan hasil berupa P : Nyeri disebabkan karena luka bekas operasi, Q : Nyeri yang dirasakan berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen S, : Skala nyeri sedang yaitu 6, T : Nyeri dirasakan saat bergerak. Berdasarkan teori, dalam melakukan pengkajian nyeri harus menggunakan PQRST sehingga sejalan dengan pengkajian yang dilakukan oleh penulis dan juga nyeri akan muncul umumnya 1-2 jam saat post operasi karena bius anastesi akan habis (Mubarak, 2019).

Klien juga mengeluh ekstremitas terasa kaku dan tegang sehingga klien merasakan sedikit kesulitan dalam bergerak, klien belum bisa beraktivitas dan belum bisa melakukan miring kanan dan miring kiri serta duduk. Klien platus (-) dan bising usus 12 x/menit. Berdasarkan teori, seseorang yang mengalami post operasi akan dapat melakukan mobilisasi secara bertahap mulai dari 6-8 jam pertama dengan miring kanan dan miring kiri, kemudian di 12-24 jam pertama dengan posisi duduk dan setelah 24 jam dengan berjalan. Ny. E saat dilakukan pengkajian belum dapat melakukan mobilisasi karena masih terasakaku pada ekstremitas (Mawarni, 2018).

Klien mengatakan tidak rawat gabung dengan bayi nya. Klien tampak pumping ASI dan melakukan pemberian susu pada bayi nya. Ny. E kurang efektif dalam memberikan ASI karena adanya keadaan situasional yang menyebabkan Ny. E kurang efektif dalam menyusui. Berdasarkan teori, menyusui yang efektif itu dilakukan dengan secara langsung bayi berada dalam pelukan dan pangkuan ibu. Saat pengkajian Ny. E tidak dapat menyusui dengan efektif karena tidak rawat gabung. Berdasarkan teori, tidak semua bayi dapat bergabung dengan ibu setelah lahir dikarenakan kondisi bayi yang prematur, bayi dengan sepsis, bayi dengan gangguan napas dan bayi dengan cacat bawaan sehingga sesuai dengan pengkajian penulis yaitu bayi tidak rawat gabung karena terdapat masalah saturasi oksigen nya tidak normal yaitu 90% (Anik Maryuani, 2019).

Keluhan klien yang terakhir yaitu klien merasakan lemah karena selesai dioperasi sehingga penulis mengobservasi bagian luka bekas operasi klien apakah ada tanda-tanda infeksi atau tidak. Luka bekas operasi klien masuk tertutup obsite dengan baik tanpa adanya cairan yang keluar dari obsite tersebut. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien yaitu TD : 120/80 mmHg, N : 90 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,9° C. Berdasarkan teori ibu post sc akan mengalami resiko terjadinya infeksi seperti terdapat kemerahan pada luka bekas operasi dan juga pada perdarahan post partum yang keluar disetiap harinya. Pada Ny. E tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (Mutaqqien et al, 2018).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori (SDKI PPNI Tahun2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah sectio caesarea. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap pra operasi mencakup ansietas berhubungan dengan krisis situasional, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun. Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada post operasi mencakup nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan

ketidakadekuatan suplai ASI dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin muncul pada Ny. E dengan pre dan post *sectio caesarea*, penulis menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian. Analisa data dari hasil pengkajian keperawatan semuanya disesuaikan dengan teori yang ada. Pada analisa data pre *sectio caesarea* didapatkan masalah keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional, resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun. Pada analisa data post *sectio caesraea* didapatkan masalah keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada pre *sectio caesraea* tidak muncul nyeri karena sebelum terjadinya nyeri ibu sudah dilakukan tindakan operasi.

4.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul sehingga dapat dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan terdiri dari menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan

evaluasi hasil, menyusun intervensi dari tindakan keperawatan. Pada saat menyusun rencana keperawatan pada Ny. E pre dan post *sectio caesarea* dengan indikasi resiko gawat janin, penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan teori yaitu menurut SLKI, SIKI PPNI Tahun 2017. Rencanaa tindakan keperwatan ini semuanya disesuaikan dengan teori yang ada.

Rencana tindakan keperawatan pada pre *sectio caesarae* seperti pada diagnosa pre *sectio caesarea* yang pertama ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu tindakan keperawatan berupa terapi relaksasi yang dilakukan khusus penerapan relaksasi genggam jari dan stress ball. Diagnosa yang kedua resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun yaitu tindakan keperawatan berupa pemantauan denyut jantung janin. Sedangkan untuk rencana tindakan keperawatan pada post *sectio caesarea* seperti pada diagnosa ketiga nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah) yaitu tindakan keperawatan berupa manajemen nyeri, diagnosa keempat mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu tindakan keperawatan berupa dukungan mobilisasi, menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung yaitu tindakan keperawatan berupa edukasi menyusui dan diagnosa terakhir resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu tindakan keperawatan berupa perawatan pasca *sectio caesarea*.

Dari semua rencana tindakan yang ada, yang paling utama akan diimplementasikan oleh penulis yaitu rencana tindakan dari diagnosa ansietas dengan terapi relaksasi genggam jari dan stress ball untuk menurunkan kecemasan klien.

Rencana tindakan keperawatan yang telah disusun oleh penulis tidak semua bisa diterapkan dan dilaksanakan pada klien asuhan keperawatan karena penulis menyesuaikan dengan kondisi klien saat dilakukan asuhan keperawatan dan juga terkait dengan sarana yang ada di RSUD Rejang Lebong.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan tindakan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri namun untuk beberapa tindakan yang membutuhkan bantuan maka dilakukan secara kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan tindakan keperawatan penulis perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan yang ada. Pada implementasi keperawatan pre dan post sectio caesarea penulis tidak sepenuhnya melakukan implementasi secara mandiri. Penulis masih membutuhkan bantuan dan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

Implementasi yang dilakukan penulis ini juga berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Primasari,dkk (2023) dengan penurunan

tingkat kecemasan pada pasien pre-sectio caesarea disebabkan teknik genggam jari dan stress ball memiliki kesamaan dalam tindakan dengan mengantarkan saraf tangan yang dapat menstimulasi rasa tenang tidak hanya ke otak tetapi ke seluruh tubuh, dengan meremas jari atau meremas stress ball juga mengalihkan perasaan responden dari rasa cemas menjadi tenang.

Saat melakukan implementasi keperawatan pada Ny. E khususnya pada diagnosa pertama pre *sectio caesarea* penulis dapat melakukan implementasi secara mandiri seperti saat mencontohkan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball untuk menurunkan kecemasan. Penulis melakukan observasi serta wawancara kepada klien mengenai kecemasan dengan menggunakan lembar kuisisioner yang berisikan pertanyaan-pertanyaan mengenai kecemasan. Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 diukur dengan menggunakan skala pengukuran HARS. Kemudian diberikan teknik genggam jari dan stress ball pada klien untuk menurunkan kecemasan tersebut. Selanjutnya diukur kembali kecemasan klien dan skor turun menjadi 10 namun tetap dalam tingkatan kecemasan ringan. Kemudian penulis juga melakukan tindakan seperti memberikan dukungan kepada klien dan keluarga untuk tetap menerapkan implementasi yang telah diajarkan seperti relaksasi genggam jari dan stress ball serta relaksasi napas dalam saat kecemasan dan nyeri muncul di rumah nanti.

Selanjutnya melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada semua diagnosa yang ada, melakukan teknik relaksasi napas dalam saat Ny. E merasakan nyeri. Tindakan yang dilakukan penulis secara kolaborasi yaitu pada diagnosa pre *sectio caesarea* yang kedua yaitu resiko cedera pada janin, penulis melakukan pemeriksaan denyut jantung janin bersama bidan ruangan. Implementasi keperawatan pada post *sectio caesarea* yang dilakukan secara mandiri oleh penulis seperti saat mencontohkan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan rasa nyeri, kemudian tindakan yang dilakukan secara kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yaitu seperti saat pemberian obat pereda nyeri di bantu oleh bidan ruangan. Setiap penulis melakukan implementasi keperawatan pada Ny. E, penulis selalu meminta keluarga untuk mendampingi Ny. E agar Ny. E lebih merasa bahwa dirinya bisa melakukan semua implementasi yang telah diajarkan oleh perawat.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi terbagi menjadi dua yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi yang

dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis buat dalam bentuk SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. E selama 3 hari dari tanggal 20 Mei sampai 22 Mei tahun 2024, penulis mengangkat 6 diagnosa keperawatan. Diagnosa pre sectio caesarea terdapat 2 diagnosa (ansietas dan resiko cedera pada janin) dan diagnosa post sectio caesarea terdapat 4 diagnosa (nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi).

Pada diagnosa ansietas, penulis telah melakukan implementasi untuk menurunkan kecemasan Ny. E pada diagnosa ansietas dan didapatkan hasil bahwa Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 dan turun dengan skor 10 masih dengan kecemasan ringan. Diagnosa resiko cedera pada janin, telah dilakukan pemeriksaan DJJ janin dengan hasil 132 x/menit. Kemudian pada diagnosa nyeri akut, penulis telah melakukan implementasi sehingga di hari pertama skala nyeri Ny. E yaitu 6, dihari kedua skala nyeri turun menjadi 5 dan di hari ketiga skala nyeri kembali turun yaitu 4 namun nyeri tetap dirasakan Ny. E hilang timbul. Diagnosa gangguan mobilitas fisik, penulis telah mengajarkan Ny. E untuk melakukan miring kanan dan miring kiri saat sesudah 6 jam operasi dan duduk setelah 24 jam operasi selesai. Pada diagnosa menyusui tidak efektif penulis telah memberikan edukasi agar Ny. E lebih efektif dalam pemberian ASI. Diagnosa terakhir yaitu

resiko infeksi, penulis mengobservasi luka bekas operasi pada abdomen bawah dan pada perdarahan vagina Ny. E tidak ditemukan adanya tanda infeksi sampai hari ketiga Ny. E dirawat.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pre dan post *sectio caesarea* pada Ny. E di ruang teratai RUD Rejang Lebong maka penulis dapat menyimpulkan bahwa :

a. Pengkajian

Pre operasi *sectio caesarea* G2P0A1, hamil 34-35 minggu, gerak janin kurang, klien merasa nyesak karena perut semakin membesar, klien mengeluh cemas karena mau di operasi, klien tampak tegang, muka pucat dan berkeringat. Skor kecemasan klien sebelum operasi yaitu 14 (kecemasan ringan). TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,7° c, DJJ : 132 x/menit.

Post operasi *sectio caesarea* klien mengeluh nyeri luka bekas operasi terasa berdenyut skala nyeri sedang yaitu 6. Klien masih merasa kaku. Bayinya tidak rawat gabung dan perdarahan disetiap harinya.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. E pada pre *sectio caesarea* yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional, resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun. Post *sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri,

menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif .

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada Ny. E bertujuan untuk menurunkan kecemasan, mencegah resiko gawat janin, menurunkan nyeri, meningkatkan mobilitas klien, meningkatkan keefektifan menyusui dan menghindari tanda-tanda infeksi.

d. Implementasi

Implementasi utama yang dilakukan pada Ny. E yaitu mengukur kecemasan dengan memberikan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball dengan waktu \pm 5 menit, memberikan teknik relaksasi napas dalam saat merasa nyeri, memonitor tanda-tanda vital dan skala nyeri, mengukur DJJ, Mengajarkan untuk melakukan mobilisasi dini pada 6 jam dan 24 jam post operasi yaitu mulai dari miring kanan dan miring kiri, duduk, berpindah tempat hingga berjalan dan mengajarkan untuk menghindari tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi yang tertutup obsite.

e. Evaluasi

Evaluasi telah dilakukan penulis selama 3 hari, Ny. E berada di ruang teratai RSUD Rejang Lebong. Pada diagnosa ansietas, penulis telah melakukan implementasi untuk menurunkan kecemasan Ny. E pada diagnosa ansietas dan didapatkan hasil bahwa Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 dan turun dengan skor 10 masih

dengan kecemasan ringan. Diagnosa resiko cedera pada janin, telah dilakukan pemeriksaan DJJ janin dengan hasil 132 x/menit. Kemudian pada diagnosa nyeri akut, penulis telah melakukan implementasi sehingga di hari pertama skala nyeri Ny. E yaitu 6, dihari kedua skala nyeri turun menjadi 5 dan di hari ketiga skala nyeri kembali turun yaitu 4 namun nyeri tetap dirasakan Ny. E hilang timbul. Diagnosa gangguan mobilitas fisik, penulis telah mengajarkan Ny. E untuk melakukan miring kanan dan miring kiri saat sesudah 6 jam operasi dan duduk setelah 24 jam operasi selesai. Diagnosa menyusui tidak efektif , penulis mengedukasikan klien tentang cara menyusui yang baik. Diagnosa terakhir yaitu resiko infeksi, penulis mengobservasi luka bekas operasi pada abdomen bawah Ny. E dan vulva hygiene tidak ditemukan adanya tanda infeksi sampai hari ketiga Ny. E dirawat.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball untuk mengurangi kecemasan bila muncul, dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dan dapat melakukan mobilisasi dini seperti miring kanan dan miring kiri serta duduk hingga berjalan.

2. Bagi keluarga

Diharapkan keluarga sangat berperan aktif dalam mendampingi dan melakukan perawatan pada klien dan bayinya sampai klien dan bayinya benar-benar merasa pulih.

3. Bagi peneliti

Diharapkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis dapat menjadi acuan untuk para pembaca menjadi bahan perbandingan antara teori dengan hasil yang telah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reni Yuli. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dumilah. (2018). *Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea*.
- Ferinawati, & Hartati, R. (2019). Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi di RSUD Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 5, 318–329.
- Hardhi (2018). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*. Jakarta: TIM
- HIPKABI. (2014). *Buku keterampilan dasar bagi perawat kamar bedah*. Hipkabi Press
- Nuratif dan Kusuma (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC NOC dalam Berbagai Kasus*. Jilid 1. Yogyakarta: Mediacion
- Primasari,dkk (2023).*Dohara Publisher Open Acces Journal.Volume 02 No.06,January 2023*
- Rekam Medik RSUD Curup (2023).*Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Inap Teratai*.RSUD Rejang Lebong:Rekam Medis RSUD Rejang Lebong
- Riskesdas (2018).*Riset Kesehatan Dasar*.Jakarta:Badan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).*Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi I*, Jakarta Selatan
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2017)*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I*, Jakarta Selatan
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017.)*Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi I*,Jakarta Selatan

BIODATA



Nama : **Silva Salsabilla**

Tempat dan tanggal lahir : **Dusun Muara Aman, 20 Mei 2003**

Jenis Kelamin : **Perempuan**

Alamat : **Desa Teladan**

Agama : **Islam**

Riwayat Pendidikan : **1. SDN 05 KELURAHAN AMEN**
2. SMPN 01 LEBONG UTARA
3. SMKN 04 LEBONG UTARA



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Silva Salsabilla
NIM : P00320121048
Nama Pembimbing : Yanti Sutriyanti,SKM.M.Kep
Judul : Asuhan Keperawatan Sectio Caesarea Dengan
Implementasi Stress Ball Dan Genggam Jari Pada Pasien
Kecemasan Di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong
Tahun 2024

NO	HARI/ TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Selasa 02 Januari 2024	a. Konsul judul asuhan keperawatan b. Konsul jurnal	
2	Kamis 04 Januari 2024	a. Konsul judul b. Konsul BAB I c. Revisi perubahan judul d. Revisi penyebab sectio caesarea e. Revisi data WHO tahun terbaru f. Revisi persentase sectio caesarea g. Revisi diagnosa keperawatan berawal dari pre SC h. Daftar pustaka ditambahkan i. Cari jurnal lagi	
3	Jum'at 05 Januari 2024	a. Tambahkan instrumen pengukuran kecemasan b. Perbaiki penulisan, lihat referensi c. Lanjut ke BAB II	

4	Senin 08 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Buat halaman b. Revisi definisi SC c. Revisi manifestasi klinis SC d. Revisi patofisiologi SC e. Tambahkan sumber WOC f. Revisi penatalaksanaan pre dan post SC g. Revisi evidence based genggam jari dan stress ball h. Tambahkan gambar pada SOP i. Tambahkan cara pengukuran kecemasan j. Tambahkan riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga k. Tambahkan diagnosa pre dan post SC l. Tambahkan data psikologis kecemasan m. Lanjut ke BAB III 	
5	Selasa 09 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Perbaiki evidence based genggam jari dan stress ball b. Tambahkan desain penelitian, subjek studi kasus dan format pengkajian c. Tambahkan pola kebiasaan sehari-hari d. Skala penilaian HARS e. Lampiran observasi post SC 	
6	Kamis 11 Januari 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. ACC ujian seminar proposal b. Siapkan untuk maju 	
7	Senin 20 Mei 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Konsul pasien penelitian b. Konsul data pasien berdasarkan kriteria inklusi dan eklusi c. ACC pengambilan pasien penelitian 	
8	Rabu 05 Juni 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Konsul BAB IV b. Tambahkan keluhan MRS, riwayat persalinan saat ini dan riwayat kontrasepsi c. Lengkapi pemeriksaan fisik 	

		terutama pada bagian abdomen d. Perbaiki diagnosa, implementasi pre dan post e. Perbaiki penulisan f. Lengkapi pola kebiasaan sehari-hari	
9	Kamis 06 Juni 2024	a. Tambahkan referensi di point-point pembahasan	
10	Jum'at 07 Juni 2024	a. Diagnosa medis PPI jangan disingkat b. Tambahkan referensi kecemasan c. Bandingkan diagnosa teori dengan diagnosa kasus d. Rencana tindakan pilih yang paling utama e. Hasil implementasi masukkan referensi jurnal f. Tambahkan tahapan mobilitas fisik g. Lanjut BAB V	
11	Selasa 11 Juni 2024	a. Perbaiki dan lengkapi pengkajian pre post, analisa data dan implementasi b. Perbaiki dan tambahkan referensi disetiap hasil pengkajian untuk membandingkan teori dengan kasus c. Perbaiki penulisan d. Lengkapi dari awal sampai akhir	
12	Rabu 12 Juni 2024	a. ACC ujian seminar hasil	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP. 197112171991021001

Poltekkes Kemenkes Bengkulu

SKALA HARS
(PRE *SECTIO* CAESAREA)

Nama : Ny. E
 Umur : 36 Tahun
 Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
 Prematuritas Imminens
 No.RM : 200739

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1.	Perasaan ansietas: Cemas ✓ Firasat buruk Takut akan pikiran sendiri ✓ Mudah tersinggung			✓		
2.	Ketegangan: Merasa tegang ✓ Lesu ✓ Tak bisa istirahat dengan tenang ✓ Mudah terkejut Mudah menangis Gemetar Gelisah ✓				✓	
3.	Ketakutan: Pada gelap Pada orang asing Ditinggal sendiri Pada binatang besar Pada keramaian lalu lintas Pada kerumunan orang banyak	Tidak ada ketakutan				
4.	Gangguan tidur: Sukar masuk tidur Terbangun pada malam hari Tidak nyenyak ✓ Bangun dengan lesu Banyak mimpi Mimpi buruk Mimpi menakutkan		✓			

5.	Gangguan kecerdasan: Sukar konsentrasi Daya ingat buruk	Tidak ada gangguan kecerdasan				
6.	Perasaan depresi: Hilangnya minat Berkurangnya kesenangan pada hobby Sedih ✓ Bangun dini hari perasaan berubah – ubah ✓			✓		
7.	Gejala somatik(otot): Sakit dan nyeri di otot Kaku Kedutan otot Gigi gemerutuk Suara tidak stabil	Tidak ada gangguan somatik				
8.	Gejala somatic (sensorik): Tinnitus Penglihatan kabur Muka merah atau pucat ✓ Merasa lemah ✓ Perasaan ditusuk-tusuk		✓			
9.	Gejala kardiovaskuler: Takikardi Berdebar Nyeri dada Denyut nadi mengeras Perasaan lesu/ lemas ✓		✓			
10.	Gejala respiratori: Rasa tertekan atau sempit dada Perasaan tercekik Sering menarik napas Napas pendek/sesak	Tidak ada gejala respiratorik				
11.	Gejala gastrointestinal: Sulit menelan ✓ Perut melilit Gangguan pencernaan Mual ✓ Muntah Nyeri sesudah dan sebelum makan konstipasi atau susah BAB Kehilangan berat badan Diare ✓		✓			
12.	Gejala urogenital: Sering buang air kecil Tidak dapat menahan air seni Amenorea Menorhagia	Tidak ada gejala urogenital				

	Ereksi hilang Impotensi					
13.	Gejala otonom: Mulut kering Muka merah ✓ Mudah berkeringat Pusing sakit kepala ✓			✓		
14.	Tingkah laku pada wawancara: Gelisah ✓ Tidak tenang ✓ Jari gemetar Kerut kening Tonus otot meningkat Muka merah ✓ Napas cepat dan pendek		✓			

Skor = 14 (Kecemasan ringan)

SKALA HARS

(POST *SECTIO CAESAREA*)

Nama : Ny. E

Umur : 36 Tahun

Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
Prematuritas Imminens

No.RM : 200739

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan ansietas: Cemas ✓ Firasat buruk Takut akan pikiran sendiri ✓ Mudah tersinggung			✓		
2	Ketegangan: Merasa tegang Lesu ✓ Tak bisa istirahat dengan tenang Mudah terkejut Mudah menangis Gemetar Gelisah		✓			
3.	Ketakutan: Pada gelap Pada orang asing Ditinggal sendiri Pada binatang besar Pada keramaian lalu lintas Pada kerumunan orang banyak	Tidak ada ketakutan				
4.	Gangguan tidur: Sukar masuk tidur Terbangun pada malam hari Tidak nyenyak Bangun dengan lesu Banyak mimpi Mimpi buruk Mimpi menakutkan		✓			

5.	Gangguan kecerdasan: Sukar konsentrasi Daya ingat buruk	Tidak ada gangguan kecerdasan				
6.	Perasaan depresi: Hilangnya minat Berkurangnya kesenangan pada hobby Sedih Bangun dini hari perasaan berubah – ubah	Tidak ada perasaan depresi				
7.	Gejala sosmatik(otot): Sakit dan nyeri di otot Kaku Kedutan otot Gigi gemerutuk Suara tidak stabil	Tidak ada gangguan somatik				
8.	Gejala somatic (sensorik): Tinnitus Penglihatan kabur Muka merah atau pucat ✓ Merasa lemah ✓ Perasaan ditusuk-tusuk		✓			
9.	Gejala kardiovaskuler: Takikardi Berdebar Nyeri dada Denyut nadi mengeras Perasaan lesu/ lemas ✓		✓			
10.	Gejala respiratori: Rasa tertekan atau sempit dada Perasaan tercekik Sering menarik napas Napas pendek/sesak	Tidak ada gejala respiratorik				
11.	Gejala gastrointestinal: Sulit menelan Perut melilit Gangguan pencernaan Mual Muntah Nyeri sesudah dan sebelum makan konstipasi atau susah BAB Kehilangan berat badan Diare	Tidak ada gejala gastrointestinal				
12.	Gejala urogenital: Sering buang air kecil Tidak dapat menahan air seni Amenorea Menorhagia	Tidak ada gejala urogenital				

	Ereksi hilang Impotensi					
13.	Gejala otonom: Mulut kering Muka merah ✓ Mudah berkeringat Pusing sakit kepala		✓			
14.	Tingkah laku pada wawancara: Gelisah ✓ Tidak tenang ✓ Jari gemetar ✓ Kerut kening Tonus otot meningkat Muka merah ✓ Napas cepat dan pendek				✓	

Skor = 10 (Kecemasan Ringan)

Cara dalam menilai kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = satu dari gejala yang ada
- 2 = sedang atau separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat atau lebih dari setengah gejala yang ada
- 4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dari item 1-14 dengan hasil :

- 5. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan
- 6. Skor 7-14 = kecemasan ringan
- 7. Skor 15-27 = kecemasan sedang
- 8. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

LEMBAR OBSERVASI TTV

Nama : Ny. E
Umur : 36 Tahun
Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
Prematuritas Imminens
No.RM : 200739

Tanggal	Jam	TD	Nadi	Respirasi	Suhu
20 Mei 2024	08.30	110/70 mmHg	88 x/menit	19 x/menit	36,7°C
	12.15	120/80 mmHg	90 x/menit	19 x/menit	36,9°C
	12.30	120/70 mmHg	94 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	12.45	110/90 mmHg	94 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	13.45	110/90 mmHg	92 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	14.05	110/80 mmHg	84 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	15.05	120/80 mmHg	90 x/menit	19 x/menit	36,5°C
	16.05	120/70 mmHg	94 x/menit	20 x/menit	36,6°C
21 Mei 2024	09.00	120/80 mmHg	92 x/menit	18 x/menit	36,5°C
	10.00	120/80 mmHg	92 x/menit	20 x/menit	36,5°C

	11.00	100/80 mmHg	86 x/menit	18 x/menit	36,5°C
	12.00	130/70 mmHg	98 x/menit	19 x/menit	36,5°C
	13.01	110/70 mmHg	88 x/menit	18 x/menit	36,8°C
	14.00	110/70 mmHg	92 x/menit	19 x/menit	36,5°C
	15.00	120/80 mmHg	90 x/menit	19 x/menit	36,8°C
22 Mei 2024	08.45	130/70 mmHg	88 x/menit	19 x/menit	36,5°C
	09.45	120/80 mmHg	90 x/menit	19 x/menit	36,8°C
	10.45	110/70 mmHg	80 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	11.45	110/70 mmHg	80 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	12.45	110/70 mmHg	80 x/menit	20 x/menit	36,6°C
	13.45	120/80 mmHg	98 x/menit	20 x/menit	36,5°C
	14.45	110/90 mmHg	98 x/menit	19 x/menit	36,7°C

LEMBAR OBSERVASI KECEMASAN

Nama : Ny. E
Umur : 36 Tahun
Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
Prematuritas Imminens
No.RM : 200739

Tanggal	Jam	Skor	Tingkat Kecemasan
20 Mei 2021 (<i>Pre Sectio Caesarea</i>)	08.45	14	Kecemasan Ringan
20 Mei 2021 (<i>Pre Sectio Caesarea</i>)	09.25	10	Kecemasan Ringan

LEMBAR OBSERVASI POST SECTIO CAESAREA

Nama : Ny. E
Umur : 36 Tahun
Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
Prematuritas Imminens
No.RM : 200739

Tanggal	Jam	Perdarahan (Lochea)	TFU	Kontraksi Uterus	Urine	Mobilitas
Senin,20 Mei 2024	13.00	Darah	1 cm (2 jari di bawah pusat)	Ada	Terpasang kateter (300 cc)	Terbatas
Selasa,21 Mei 2024	10.00	Lochea rubra (Masih terlihat berwarna merah sedikit kehitaman)	2 cm (2 jari di bawah pusat)	Ada	Terpasang kateter (150 cc)	Bergerak sedikit secara perlahan seperti miring kanan miring kiri dan duduk dengan bantuan keluarga
Rabu,22 Mei 2024	09.30	Lochea rubra (Darah masih terlihat berwarna merah sedikit kehitaman)	2 cm (2 jari di bawah pusat)	Ada	Tidak terpasang kateter	Pergerakan sudah bisa dilakukan dengan bantuan keluarga

LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI

Nama : Ny. E
Umur : 36 Tahun
Diagnosa : G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + Partus
Prematuritas Imminens
No.RM : 200739

Tanggal	Jam	Pre Sectio Caesarea	Post Sectio Caesarea
20 Mei 2024	12.50	Tidak Ada Nyeri	Skala Nyeri 6
21 Mei 2024	09.10	-	Skala Nyeri 5
22 Mei 2024	09.00	-	Skala Nyeri 4

Dokumentasi





INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang dilakukan oleh Silva Salsabilla dengan Asuhan Keperawatan Sectio Caesarea Dengan Implementasi Genggam Jari Dan Stress Ball Pada Pasien Kecemasan Di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya ingin mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Curup, 20 Mei 2024

Saksi



(...BERLIAN. R...)

Yang memberikan persetujuan



(...Eka Yanuarti...)

Curup, 20 Mei 2024

peneliti



(...Silva Salsabilla...)

**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN
(PSP)**

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi/jurusan/program studi DIII Keperawatan Curup Kemenkes Poltekkes Bengkulu dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan Sectio Ceasarea Dengan Implementasi Genggam Jari Dan Stress Ball Pada Pasien Kecemasan Di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong Tahun 2024"
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan sectio caesarea dengan implementasi genggam jari dan stress ball pada pasien kecemasan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi serta eveluasi di ruang teratai RSUD Rejang Lebong Tahun 2024. Yang dapat memberikan manfaat berupa mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat sehingga dapat mengaplikasikan genggam jari dan stress ball secara mandiri. Penelitian ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada no HP 085758627059

PENELITI



(Silva Salsabilla)

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Silva Salsabilla

NIM : P00320121048

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan sendiri.

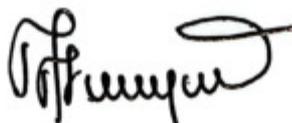
Curup, 12 Juni 2024

Pembuat Pernyataan



Silva Salsabilla
P00320121048

Pembimbing



Yanti Sutriyanti,SKM., M.Kep
NIP: 197004071989112002

14 Mei 2024

Nomor : PP.08.02/F.XXXI.14.4/ 148 /2024
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan izin pengambilan kasus**

Kepada Yth,
Direktur RSUD
Kabupaten Rejang Lebong
Di
Tempat

Dengan Hormat

Berkenaan dengan Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk laporan kasus bagi mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, Maka bersama ini mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/I kami yang tersebut dibawah ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan yang berkaitan dengan judul : *Asuhan keperawatan Sectio Caesarea dengan implementasi Genggam jari dan stress ball pada pasien kecemasan di ruang Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2024*

Adapun nama mahasiswa yang akan melakukan kegiatan tersebut adalah:

Nama : Silva Salsabilla

Nim : P00320121048

Demikian atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Diploma Tiga



Ns.Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep
Nip.197112171991021001

Tembusan

- Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jl. Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kecamatan Merigi Kabupaten Kapahiang
Kode Pos 39371



Nomor : 26 /RSUD – DIKLAT/2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Kasus.

Merigi, 20 Mei 2024
Kepada Yth,
Karu
Teratai
Di -
RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Nomor: PP.08.02/F.XXXI.14.4/148/2024 tanggal 14 Mei 2024, Perihal Izin Pengambilan Kasus Mahasiswa :

Nama : **SILVA SALSABILLA**
NIM : P00320121048
Waktu : 20 s/d 27 Mei 2024
Judul : *Asuhan keperawatan sectio caesarea dengan implementasi gengam jari dan stress ball pada pasien kecemasan di ruang Teratai di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.*
Ruangan : Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

A.n Plt. Direktur
Rsud Kabupaten Rejang Lebong
Kabag Administrasi


NOVA FRISCA ELIANTI, M.Kes
NIP. 19831112 200502 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jl. Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kecamatan Merigi Kabupaten Kapahiang
Kode Pos 39371



Nomor : 35 /RSUD – DIKLAT/2024
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai
Pengambilan Kasus

Merigi, 21 Mei 2024
Kepada Yth,
Ketua Program Studi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Nomor: PP.08.02/F.XXXI.14.4/148/2024 Tanggal 14 Mei 2024, Perihal Izin Pengambilan Kasus Mahasiswa Bahwa :

Nama : **SILVA SALSABILLA**
NIM : P00320121048
Waktu Penelitian : 20 s/d 27 Mei 2024
Judul : *Asuhan keperawatan sectio caesarea dengan implementasi gengam jari dan stress ball pada pasien kecemasan di ruangan Teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.*
Keterangan : Telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

A.n Plt. Direktur
Rsud Kabupaten Rejang Lebong
Kabag Administrasi


NOVA FRISCA ELIANTI, M.Kes
NIP. 19831112200502 2 002

D3_KEP_SILVA 1

by Poltekkes Bengkuluofficial

Submission date: 27-Jun-2024 05:17AM (UTC+0200)

Submission ID: 2400811384

File name: D3_KEP__SILVA_1.docx (20.28K)

Word count: 2062

Character count: 12822

4.2 Pembahasan Hasil Asuhan Keperawatan¹³

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa medis G2P0A1, H 34-35 minggu, presentasi kepala + partus prematuritas imminens. Penerapan asuhan keperawatan pre dan post *sectio caesarea* indikasi resiko gawat janin yang diimplementasikan kepada Ny. E telah dilakukan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Adapun implementasi yang dilakukan pada Ny. E sesuai dengan diagnosa yang muncul dan penerapan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball yang mengalami kecemasan. Proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai evaluasi keperawatan pada Ny. E dilakukan pada tanggal 20 Mei sampai dengan 22 Mei tahun 2024. Hasil kegiatan proses keperawatan pada Ny. E disandingkan dengan referensi teori dan praktek di ruang teratai RSUD Rejang Lebong.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Gambaran hasil pengkajian pada Ny. E pada tanggal 20 Mei 2024 pukul 08.30 WIB didapatkan Ny. E usia 36 tahun dengan G2P0A1 dengan kehamilan 34-35 minggu.

Klien mengeluh merasa cemas dan mengatakan baru pertama kali akan dilakukan tindakan operasi. Klien tampak tegang, muka pucat dan berkeringat. Pada saat dilakukan pengkajian keperawatan klien menyatakan rasa cemas yang dirasakan, maka penulis melakukan observasi serta wawancara kepada klien mengenai kecemasan dengan menggunakan lembar kuisisioner yang berisikan pertanyaan-pertanyaan mengenai kecemasan. Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 diukur dengan menggunakan skala pengukuran HARS. Kemudian diberikan teknik genggam jari dan

stress ball pada klien untuk menurunkan kecemasan tersebut. Selanjutnya diukur kembali kecemasan klien dan skor turun menjadi 10 namun tetap dalam tingkatan kecemasan ringan. Sesuai dengan teori yang menyatakan dalam penentuan skala HARS kecemasan dibedakan menjadi 4 macam diantaranya jika skor kurang dari 6 itu tidak ada kecemasan, jika skor 7-14 itu kecemasan ringan, jika skor 15-27 itu kecemasan sedang dan jika skor lebih dari 27 itu kecemasan berat (Hidayat, 2020).

Kehamilan yang kedua ini juga terdapat masalah seperti pada klien sendiri yaitu klien merasakan nyesak pada dada karena perut semakin membesar serta klien merasakan perut terasa kram sedangkan masalah pada janin yaitu kurangnya pergerakan pada janin sehingga klien merasa lemah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien yaitu TD : 110/70 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,7° C, DJJ : 132 x/menit. Berdasarkan teori, usia kehamilan yang normal itu berkisar dari 37-40 minggu namun Ny. E hamil dengan 34-35 minggu, terdapat beberapa tanda dan gejala resiko cedera pada janin seperti denyut jantung janin tidak normal, menurunnya pergerakan janin dan perut terasa kram dan faktor resiko resiko cedera pada janin yaitu seperti faktor usia ibu yang >35 tahun (Aspiani, 2017).

Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri 1 jam post operasi, sehingga penulis melakukan pengkajian PQRST yaitu mengenai penyebab, kualitas, lokasi, skala dan waktu nyeri. Kemudian didapatkan hasil berupa P : Nyeri disebabkan karena luka bekas operasi, Q : Nyeri yang dirasakan berdenyut dan seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen S. : Skala nyeri sedang yaitu 6, T : Nyeri dirasakan saat bergerak. Berdasarkan teori, dalam melakukan pengkajian nyeri harus menggunakan PQRST sehingga sejalan dengan pengkajian yang dilakukan oleh penulis

dan juga nyeri akan muncul umumnya 1-2 jam saat post operasi karena bius anastesi akan habis (Mubarak, 2019).

Klien juga mengeluh ekstremitas terasa kaku dan tegang sehingga klien merasakan sedikit kesulitan dalam bergerak, klien belum bisa beraktivitas dan ¹² belum bisa melakukan miring kanan dan miring kiri serta duduk. Klien platus (-) dan bising usus 12 x/menit. Berdasarkan teori, seseorang yang mengalami post operasi akan dapat melakukan mobilisasi secara bertahap mulai dari 6-8 jam pertama dengan miring kanan dan miring kiri, kemudian di 12-24 jam pertama dengan posisi duduk dan setelah 24 jam dengan berjalan. Ny. E saat dilakukan pengkajian belum dapat melakukan mobilisasi karena masih terasakaku pada ekstremitas (Mawarni, 2018).

Klien mengatakan tidak rawat gabung dengan bayi nya. Klien tampak pumping ASI dan melakukan pemberian susu pada bayi nya. Ny. E kurang efektif dalam memberikan ASI karena adanya keadaan situasional yang menyebabkan Ny. E kurang efektif dalam menyusui. Berdasarkan teori, menyusui yang efektif itu dilakukan dengan secara langsung bayi berada dalam pelukan dan pangkuan ibu. Saat pengkajian Ny. E tidak dapat menyusui dengan efektif karena tidak rawat gabung. Berdasarkan teori, tidak semua bayi dapat bergabung dengan ibu setelah lahir dikarenakan kondisi bayi yang prematur, ⁹ bayi dengan sepsis, bayi dengan gangguan napas dan bayi dengan cacat bawaan sehingga sesuai dengan pengkajian penulis yaitu bayi tidak rawat gabung karena terdapat masalah saturasi oksigennya tidak normal yaitu 90% (Anik Maryuani, 2019).

Keluhan klien yang terakhir yaitu klien merasakan lemah karena selesai dioperasi sehingga penulis mengobservasi bagian luka bekas operasi klien apakah ada tanda-tanda infeksi atau tidak. Luka bekas operasi klien masuk tertutup obsite dengan baik tanpa

adanya cairan yang keluar dari obsite tersebut. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien yaitu TD : 120/80 mmHg, N : 90 x/menit, RR : 19 x/menit, S : 36,9° C. Berdasarkan teori ibu post sc akan mengalami resiko terjadinya infeksi seperti terdapat kemerahan pada luka bekas operasi dan juga pada perdarahan post partum yang keluar disetiap harinya. Pada Ny. E tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (Mutaqien et al, 2018).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori (SDKI PPNI Tahun2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada masalah sectio caesarea. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap pra operasi mencakup ansietas berhubungan dengan krisis situasional, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun. Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada post operasi mencakup nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin muncul pada Ny. E dengan pre dan post *sectio caesarea*, penulis menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil pengkajian. Analisa data dari hasil pengkajian keperawatan semuanya disesuaikan dengan teori yang ada. Pada analisa data pre *sectio caesarea* didapatkan masalah keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional, resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun. Pada analisa data post *sectio caesarea*

didapatkan masalah keperawatan ¹ yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada pre sectio caesraea tidak muncul nyeri karena sebelum terjadinya nyeri ibu sudah dilakukan tindakan operasi.

¹ 4.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul sehingga dapat dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan terdiri dari menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi hasil, menyusun intervensi dari tindakan keperawatan. Pada saat menyusun rencana keperawatan pada Ny. E pre dan post *sectio caesarea* dengan indikasi resiko gawat janin, penulis menyusun rencana keperawatan berdasarkan teori yaitu menurut SLKI, SIKI PPNI Tahun 2017. Rencanaa tindakan keperwatan ini semuanya disesuaikan dengan teori yang ada.

Rencana tindakan keperawatan pada pre *sectio caesarae* seperti pada diagnosa pre *sectio caesarea* yang pertama ⁵ ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu tindakan keperawatan berupa terapi relaksasi yang dilakukan khusus penerapan relaksasi genggam jari dan stress ball. Diagnosa yang kedua resiko cedera pada janin dibuktikan dengan usia ibu >35 tahun yaitu tindakan keperawatan berupa pemantauan denyut jantung janin. Sedangkan untuk rencana tindakan keperawatan pada post *sectio caesarea* seperti pada diagnosa ketiga ¹ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera

fisik (luka bekas operasi pada abdomen bawah) yaitu tindakan keperawatan berupa manajemen nyeri, diagnosa keempat ⁵ mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yaitu tindakan keperawatan berupa dukungan mobilisasi, menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung yaitu tindakan keperawatan berupa edukasi menyusui dan diagnosa terakhir ¹ resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu tindakan keperawatan berupa perawatan pasca *sectio caesarea*.

Dari semua rencana tindakan yang ada, yang paling utama akan diimplementasikan oleh penulis yaitu rencana tindakan dari diagnosa ansietas dengan terapi relaksasi genggam jari dan stress ball untuk menurunkan kecemasan klien.

Rencana tindakan keperawatan yang telah disusun oleh penulis ¹ tidak semua bisa diterapkan dan dilaksanakan pada klien asuhan keperawatan karena penulis menyesuaikan dengan kondisi klien saat dilakukan asuhan keperawatan dan juga terkait dengan ¹ sarana yang ada di RSUD Rejang Lebong.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan tindakan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri namun untuk beberapa tindakan yang membutuhkan bantuan maka dilakukan secara ¹ kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan tindakan keperawatan penulis perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan yang ada. Pada implementasi keperawatan pre dan post *sectio caesarea* penulis tidak sepenuhnya melakukan implementasi secara mandiri. Penulis masih membutuhkan bantuan dan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya.

Implementasi yang dilakukan penulis ini juga berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Primasari,dkk (2023) dengan ² penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre-sectio caesarea disebabkan teknik genggam jari dan stress ball memiliki kesamaan dalam tindakan dengan mengantarkan saraf tangan yang dapat menstimulasi rasa tenang tidak hanya ke otak tetapi ke seluruh tubuh, dengan meremas jari atau meremas stress ball juga mengalihkan perasaan responden dari rasa cemas menjadi tenang.

Saat melakukan implementasi keperawatan pada Ny. E khususnya pada diagnosa pertama pre *sectio caesarea* penulis dapat melakukan implementasi secara mandiri seperti saat mencontohkan teknik relaksasi genggam jari dan stress ball untuk menurunkan kecemasan. Penulis melakukan observasi serta wawancara kepada klien mengenai kecemasan dengan menggunakan lembar kuisisioner yang berisikan pertanyaan-pertanyaan mengenai kecemasan. Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 diukur dengan menggunakan skala pengukuran HARS. Kemudian diberikan ² teknik genggam jari dan stress ball pada klien untuk menurunkan kecemasan tersebut. Selanjutnya diukur kembali kecemasan klien dan skor turun menjadi 10 namun tetap dalam tingkatan kecemasan ringan. Kemudian penulis juga melakukan tindakan seperti memberikan dukungan kepada ¹¹ klien dan keluarga untuk tetap menerapkan implementasi yang telah diajarkan seperti relaksasi genggam jari dan stress ball serta relaksasi napas dalam saat kecemasan dan nyeri muncul di rumah nanti.

Selanjutnya melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada semua diagnosa yang ada, melakukan teknik relaksasi napas dalam saat Ny. E merasakan nyeri. Tindakan yang dilakukan penulis secara kolaborasi yaitu pada diagnosa pre *sectio caesarea* yang kedua yaitu resiko cedera pada janin, penulis melakukan pemeriksaan denyut jantung

janin bersama bidan ruangan. Implementasi keperawatan pada post *sectio caesarea* yang dilakukan secara mandiri oleh penulis seperti saat mencontohkan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan rasa nyeri, kemudian tindakan yang dilakukan secara kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yaitu seperti saat pemberian obat pereda nyeri di bantu oleh bidan ruangan. Setiap penulis melakukan implementasi keperawatan pada Ny. E, penulis selalu meminta keluarga untuk mendampingi Ny. E agar Ny. E lebih merasa bahwa dirinya bisa melakukan semua implementasi yang telah diajarkan oleh perawat.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi terbagi menjadi dua yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis buat dalam bentuk SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. E selama 3 hari dari tanggal 20 mei sampai 22 mei tahun 2024, penulis mengangkat 6 diagnosa keperawatan. Diagnosa pre *sectio caesarea* terdapat 2 diagnosa (ansietas dan resiko cedera pada janin) dan diagnosa post *sectio caesarea* terdapat 4 diagnosa (nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif dan resiko infeksi).

Pada diagnosa ansietas, penulis telah melakukan implementasi untuk menurunkan kecemasan Ny. E pada diagnosa ansietas dan didapatkan hasil bahwa Ny. E mengalami kecemasan ringan dengan skor 14 dan turun dengan skor 10 masih dengan kecemasan ringan. Diagnosa resiko cedera pada janin, telah dilakukan pemeriksaan DJJ janin dengan hasil 132 x/menit. Kemudian pada diagnosa nyeri akut, penulis telah melakukan implementasi sehingga di hari pertama skala nyeri Ny. E yaitu 6, dihari kedua skala nyeri turun menjadi 5 dan di hari ketiga skala nyeri kembali turun yaitu 4 namun nyeri tetap dirasakan Ny. E hilang timbul. Diagnosa gangguan mobilitas fisik, penulis telah mengajarkan Ny. E ¹ untuk melakukan miring kanan dan miring kiri saat sesudah 6 jam operasi dan duduk setelah 24 jam operasi selesai. Pada diagnosa menyusui tidak efektif penulis telah memberikan edukasi agar Ny. E lebih efektif dalam pemberian ASI. Diagnosa terakhir yaitu resiko infeksi, penulis mengobservasi luka bekas operasi pada abdomen bawah dan pada perdarahan vagina Ny. E tidak ditemukan adanya tanda infeksi sampai hari ketiga Ny. E dirawat.

ORIGINALITY REPORT

28%

SIMILARITY INDEX

28%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

11%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	16%
2	dohara.or.id Internet Source	3%
3	journal.khj.ac.id Internet Source	2%
4	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
5	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
6	repository.binawan.ac.id Internet Source	1%
7	id.scribd.com Internet Source	1%
8	dspace.umkt.ac.id Internet Source	1%
9	bared18.wordpress.com Internet Source	1%

10	jurnal.stikespasapua.ac.id Internet Source	<1 %
11	qdoc.tips Internet Source	<1 %
12	repo.poltekkesbandung.ac.id Internet Source	<1 %
13	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	<1 %
14	irfanirsuh.blogspot.com Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

D3_KEP_SILVA 1

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PENGARUH TERAPI RELAKSASI LIMA JARI TERHADAP PENURUNAN TINGKAT KECEMASAN IBU PRE OPERASI SECTIO CESAREA

Fitri Yanti*, Agustin Matnur, Rezka Nurvinanda

Program Studi Ilmu Keperawatan, Institut Citra Internasional, Jl. Pinus I, Kacang Pedang, Gerunggang, Pangkalpinang, Bangka Belitung 33125, Indonesia

*fitriyanti82@gmail.com

ABSTRAK

Persalinan secara operasi menyebabkan munculnya perubahan psikologis pada ibu berupa kecemasan. Dampak kecemasan pada ibu pre operasi section caesarea adalah meningkatnya hormone kecemasan menyebabkan penurunan sirkulasi darah dan oksigen yang mempengaruhi lingkungan janin, tindakan operasi tertunda, lamanya pemulihan pasca operasi, mengurangi kekebalan terhadap infeksi, peningkatan rasa sakit pasca operasi dan peningkatan penggunaan analgesik. Kecemasan dapat diatasi dengan tehnik relaksasi lima jari. Tehnik ini dilakukan dengan relaksasi napas dalam diikuti imajinasi terbimbing yang membentuk bayangan dan diterima sebagai rangsangan oleh berbagai indra, maka dengan membayangkan sesuatu yang indah perasaan akan menjadi tenang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre operasi section caesarea di Ruang Kebidanan RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang. Penelitian kuantitatif dengan metode quasi eksperiment with pre-post test design. Populasi adalah semua ibu pre operasi section caesarea. Tehnik pengambilan sample purposive sampling yang berjumlah 28 ibu. Semua sampel dikaji kecemasan dan diberikan terapi, lalu dikaji ulang kecemasannya. Analisa Wilcoxon dengan hasil $p < 0,05$. Sehingga, dapat disimpulkan adanya pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre operasi section caesarea.

Kata kunci: relaksasi lima jari; kecemasan; pasien pre operasi sectio cesarea

EFFECT FIVE FINGER RELAXATION THERAPY ON ANXIETY OF PREOPERATIVE MOTHER SECTIO CESAREA

ABSTRACT

Childbirth surgically causes the appearance of psychological changes the mother in the form of anxiety. The impact of anxiety in preoperative mothers of section caesarea is that increased anxiety hormones cause a decrease in blood circulation and oxygen affecting the fetal environment, delayed surgical actions, duration of postoperative recovery, reduced immunity to infections, increased postoperative pain and the use of analgesics. Anxiety can be overcome with a five-finger relaxation technique. This technique is relaxing the deep breath followed by a guided imagination that forms shadows and it is accepted as stimulation by various senses, then by imagining something beautiful the feeling will become calm. This study aims to determine the effect of five-finger relaxation techniques on the anxiety of preoperative mothers in the Maternity room of Depati Hamzah Hospital Pangkalpinang. Quantitative research with quasi-experimental method with pre-post test design. The population is all preoperative mothers of section caesarea. Purposive sampling techniques totaling 28 mothers. All samples were assessed for anxiety and given therapy, then reviewed for anxiety. Wilcoxon analysis with results $p < 0.05$. Thus, it can be concluded that there is an influence of the five-finger relaxation technique on the anxiety of preoperative section caesarea mothers. It is hoped that health workers can provide anxiety reduction using non-pharmacological therapy with five-finger relaxation techniques.

Keywords: anxiety; preoperative mother sectio cesarea; relaxation five finger

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan placenta) yang dapat hidup di luar kandungan dimulai dengan adanya kontraksi uterus, penipisan dan pembukaan serviks, kelahiran bayi dan placenta melalui jalan lahir atau jalan lain (abdomen) dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Widiastuti, 2018; 1). Persalinan melalui jalan lain (abdomen) dengan operasi section caesarea yang dapat disingkat menjadi operasi SC. Berdasarkan Riskedas, 2018; 395 didapati 17,6% persalinan dilakukan dengan operasi. Di provinsi Kalimantan Utara terdapat 17,4% persalinan dilaksanakan dengan operasi. Kemudian, data IGD PONEK RSUD Tarakan Provinsi Kalimantan Utara bulan Juni- Agustus 2021 terekap jumlah persalinan 391 dan 154 (39,39%) diantaranya dilakukan operasi SC dengan berbagai indikasi medis. Gangguan atau komplikasi persalinan yang dialami perempuan usia 10-54 tahun antara lain posisi janin melintang atau sungsang, kejang, ketuban pecah dini, partus lama, lilitan tali pusat, placenta previa, hipertensi dan lainnya (Riskesda, 2018; 398). Persalinan yang dilakukan secara operasi menyebabkan munculnya perubahan psikologis pada ibu. Menurut Sulisyawati, dkk, 2003 dalam Kurniarum, 2016; 41 menjelaskan masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan.

Kecemasan berbeda dengan rasa takut. Cemas merupakan respon emosi tanpa obyek yang spesifik yang secara subyektif dialami dan dikomunikasikan interpersonal secara langsung. Kecemasan dapat diekspresikan melalui respon fisiologis dan psikologis. Berdasarkan data WHO (2010) menunjukkan sekitar 8-10% kecemasan selama kehamilan dan meningkat menjadi 12% ketika menjelang persalinan. Studi lain mengungkapkan bahwa terdapat 67% ibu hamil menyatakan agak cemas menjelang persalinan dan 12% sangat cemas. Di Indonesia terdapat 373.000.000 ibu hamil mengalami kecemasan. Dalam menghadapi persalinan sebanyak 107.000.000 (28,7%) ibu mengalami kecemasan. Kecemasan dan depresi pada negara maju sekitar 7-20% dan negara berkembang sekitar >20% (Muzayyana dan Saleh, 2021; 3). Kecemasan dapat diatasi dengan memberikan dukungan psikologis. Dukungan psikologis yang dapat diberikan oleh bidan dengan cara memberikan sugesti positif, mengalihkan perhatian dan membangun kepercayaan dengan komunikasi yang efektif (Syaripudin, 2019; 67). Selain itu, menurut Black & Hawks, 2014 dalam Dewi, 2021; 11-12 hipnosis berbasis sugesti disosiasi dan proses memfokuskan perhatian. Dalam kondisi kronis, sugesti digunakan untuk memberikan rasa lega yang lebih lama. Menurut IACH, 2005 dalam Gunawan, 2005 dalam Syaripudin, 2018; 115-116, terdapat enam tipe sugesti, salah satunya adalah sugesti untuk relaksasi. Lichstein, 1998 dalam Dewi, 2021; 5 menyebutkan jenis relaksasi antara lain autogenic training, progressive training dan meditation.

Menurut Davis & McKay, 2008 dalam Dewi, 2021; 5 menjabarkan autogenic training merupakan suatu prosedur relaksasi dengan membayangkan (imagery) sensasi yang menyenangkan pada bagian tubuh seperti kepala, dada, lengan, punggung, ibu jari kaki atau tangan, pergelangan tangan. Sensasi yang dibayangkan seperti rasa hangat, lemas atau rileks pada bagian tubuh tertentu, juga rasa lega karena napas yang dalam dan pelan. Teknik relaksasi yang termasuk autogenic training adalah teknik relaksasi lima jari dan visualisasi atau guide imagery. Teknik relaksasi lima jari memiliki kelebihan dibandingkan dengan visualisasi yaitu merupakan metode tercepat, termudah dalam menghasilkan relaksasi hanya dengan membayangkan 4 kondisi yang paling membahagiakan dalam hidupnya dapat membuat seseorang menjadi rileks (Dewi, 2021; 5). Menurut Smeltzer & Bare, 2010 dalam Dewi, 2021; 6 menjelaskan bahwa teknik relaksasi lima jari bermanfaat dalam penanganan kecemasan pada pasien karena dengan imajinasi terbimbing akan membentuk bayangan yang

akan diterima sebagai rangsangan oleh berbagai indra, maka dengan membayangkan sesuatu yang indah perasaan akan tenang.

Tehnik relaksasi lima jari telah diadaptasi dan diaplikasikan dalam beberapa penelitian, serta mendapatkan hasil bahwa tehnik relaksasi lima jari secara signifikan menurunkan fatigue dan kecemasan menurut Nugroho, 2016; Sari & Subandi, 2015; Evangelista, Widodo & Widiani, 2016; Banon, Dalami & Noorkasiani, 2014 dalam Dewi, 2021; 6. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sari, 2016; 9-10 menggunakan tehnik relaksasi genggam jari untuk menurunkan kecemasan ibu pre operasi SC, hasil penelitian berupa rata-rata penurunan kecemasan ibu pre operasi SC dari 19,94 ketika pre test menjadi 16,19 pada post test setelah dilakukan relaksasi genggam jari. Sedangkan kelompok kontrol didapatkan hasil pengukuran kecemasan rata-rata pada pre test sebesar 19,63 dan post test 19,06, sehingga dapat dikatakan tidak ada penurunan kecemasan yang berarti. Berdasarkan latar belakang tersebut, menggugah penulis untuk menerapkan tehnik relaksasi lima jari guna mengurangi kecemasan agar proses persalinan dengan operasi SC berjalan lancar, bayi baru lahir dan ibu sehat. Penulis melaksanakan penelitian di IGD RSUD. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre operasi section caesarea di Ruang Kebidanan RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian quasi experiment with pre-post test design. Penelitian ini membandingkan skor grup sebelum diberikan tehnik relaksasi lima jari dan setelah diberikan tehnik relaksasi lima jari. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tehnik relaksasi lima jari dan variabel terikat adalah tingkat kecemasan ibu pre operasi SC. Populasi penelitian adalah ibu pre operasi SC yang dipersiapkan di Ruang Kebidanan RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang pada 9 Desember 2022 – 15 Januari 2023 didapati jumlah ibu pre operasi sebanyak 28 ibu.. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Tehnik pengumpulan data dengan metode interview (wawancara) dan observasi (pengamatan). Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner VAS-A yang disesuaikan. Sample yang sesuai kriteria dilakukan skoring menggunakan Kuesioner VAS-A yang disesuaikan, kemudian diberikan terapi relaksasi lima jari dan setelahnya diskoring ulang. Penelitian ini membandingkan skor pre dan post perlakuan. Didapati data berdistribusi tidak normal, sehingga analisis menggunakan uji Wilcoxon. Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelayakan etik dari STIKES Citra Delima Bangka Belitung Nomor 421.8/144/RSUD-DH/XII/2022.

HASIL

Tabel 1.

Skor Kecemasan Ibu Pre Operasi SC sebelum Dilakukan Tehnik Relaksasi Lima Jari				
Variabel penelitian	Median	Std. Deviasi	Minimum	Maximum
Tingkat Kecemasan (<i>Pre Test</i>)	2,0	0,616	1	3

Tabel 1 hasil analisa data menunjukkan bahwa nilai tengah skor kecemasan ibu pre operasi SC sebelum dilakukan tehnik relaksasi lima jari adalah 2,0 dengan skor minimal 1 dan skor maksimal 3.

Tabel 2.

Skor Kecemasan Ibu Pre Operasi SC setelah Dilakukan Teknik Relaksasi Lima Jari (n=14)				
Variabel penelitian	Median	Std. Deviasi	Minimum	Maximum
Tingkat Kecemasan (<i>PosTest</i>)	1,0	0,663	0	2

Tabel 2 hasil analisa data menunjukkan bahwa nilai tengah skor kecemasan ibu pre operasi SC setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari adalah 1,0 dengan skor minimal 0 dan skor maksimalnya adalah 2. Analisa dari data pre dan post yang berdistribusi tidak normal menggunakan uji

Tabel 3.

Hasil Analisa Uji *Wilcoxon* Kecemasan Ibu Pre SC sebelum dan setelah Dilakukan Tehnik Relaksasi Lima Jari (n=14)

	f	Mean Rank	Sum of Ranks	p
Negative Ranks	13	7,00	91,00	0,001
Positive Ranks	0			
Ties	1			
Total	14			

Tabel 3 diketahui negative ranks atau selisih (negative) antara kecemasan ibu pre SC sebelum dan setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari. Disini terdapat 14 data negative rank (N) yang artinya 13 ibu pre operasi SC mengalami penurunan skor kecemasan Sedangkan jumlah ranking negative atau sum of ranks adalah 91,00.

PEMBAHASAN

Positif ranks atau selisih (positif) antara skor kecemasan ibu pre SC sebelum dan setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari adalah 0, baik pada nilai N, Mean Rank, maupun Sum of Ranks. Nilai 0 ini menunjukkan tidak adanya peningkatan skor kecemasan setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari. Ties adalah kesamaan nilai pre-test dan post-test. Disini nilai ties adalah 0, sehingga dapat diartikan bahwa tidak ada skor kecemasan ibu pre operasi SC yang sama sebelum dan setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari. Pada hasil uji *Wilcoxon* didapati nilai p adalah 0,001 yang mana menunjukkan nilai $p < 0,05$. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre operasi SC.

Gambaran Skor Kecemasan Ibu Pre SC sebelum Dilakukan Tehnik Relaksasi Lima Jari

Ibu yang akan melahirkan dengan operasi SC di Ruang Kebidanan RSUD Depati Hamzah memiliki nilai tengah skor kecemasan sebelum dilakukan tehnik relaksasi lima jari cukup tinggi, yaitu 2,0 dengan nilai minimal 1 dan nilai maksimal 3. Hal ini menunjukkan ibu yang akan melaksanakan operasi SC mengalami kecemasan. Kecemasan ibu pre operasi SC tergambar dari tingginya kecemasan yaitu sebesar 64,3% dan 21,4 % dengan kecemasan ringan sesuai dengan Muzayyana dan Saleh (2021) yang menyatakan dalam Munculnya kecemasan menjelang operasi sectio caesarea adalah hal yang wajar. Hal ini sesuai dengan penjelasan Potter dan Perry (2016) bahwa respon psikologi yang biasanya terjadi pada pasien pre operasi yaitu kecemasan. Tindakan operasi sectio caesarea berpotensi menimbulkan kecemasan. Disamping pasien memikirkan kondisi dirinya sendiri, mereka akan memikirkan tentang kondisi bayinya, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea (Sriningsih dan Afriani, 2014).

Kecemasan yang dialami ibu yang melahirkan dengan operasi SC dapat menyebabkan tindakan operasi tertunda, lamanya pemulihan pasca operasi, peningkatan rasa sakit pasca operasi, mengurangi kekebalan terhadap infeksi, peningkatan penggunaan analgesic setelah operasi dan bertambahnya waktu untuk rawat inap. Hal ini dikarenakan ibu yang hendak

melahirkan dengan stress, tubuh ibu secara otomatis akan melakukan reaksi defensive yang merangsang pengeluaran hormone katekolamin dan hormone adrenalin. Perubahan hormone adrenalin ketika takut, stres, cemas menekan hormone oksitosin. Selain hormone adrenalin, terdapat hormone katekolamin (norepinefrin termasuk epinefrin) dan dopamine yang beredar saat cemas atau takut yang melewati placenta ke janin dan mempengaruhi lingkungan janin (Nazari, 2012). Lingkungan janin yang tidak baik, janin dalam kandungan yang kekurangan pasokan oksigen menimbulkan fetal distress. Hal ini disebabkan ibu yang akan melahirkan dalam kondisi tidak bisa menghilangkan rasa takut, maka akan muncul respon tubuh yang dapat menyebabkan uterus semakin tegang, aliran darah dan oksigen dalam otot terus berkurang karena arteri mengecil dan menyempit (Syaripudin, 2019; 64-65).

Penyempitan arteri ini juga berdampak pada ibu ketika merasa takut, tubuh ibu masuk dalam reaksi defensif, sehingga otot tubuh tegang. Ketika takut, tubuh juga mengalihkan darah dan oksigen dari organ pertahanan non-esensial menuju otot besar di wilayah kaki dan tangan. Akibatnya, area wajah yang kekurangan darah dan oksigen tampak pucat. Selain itu, kecemasan dan ketakutan juga menyebabkan pernapasan menjadi tidak teratur yang akan mengurangi asupan sirkulasi oksigen bagi tubuh janin. Jantung juga memompa lebih cepat, sehingga tekanan darah semakin tinggi (Aprillia, 2010; 41).

Gambaran Skor Kecemasan Ibu Pre SC setelah Dilakukan Tehnik Relaksasi Lima Jari

Ibu yang akan melahirkan dengan operasi SC yang dipersiapkan di Ruang Kebidanan RSUD Depati Hamzah setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari memiliki nilai tengah kecemasan, yaitu 1,00 dengan nilai minimal 0 dan nilai maksimal 2. Semua ibu setelah diberikan terapi relaksasi lima jari sebanyak 10 orang (71,4%) dengan tingkat kecemasan ringan dan 40 orang (28,6%) tidak cemas. Hal ini menunjukkan kecemasan ibu pre operasi SC setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari lebih rendah dari skor kecemasan sebelum dilakukan tehnik relaksasi lima jari. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Revi Diana Kurnia Sari yang menyatakan ibu pre operasi SC yang telah diberikan perlakuan tingkat kecemasan menurun dari 64,3% yang mengalami kecemasan sedang menjadi menjadi kecemasan ringan dan tidak cemas (28,6%) setelah diberikan tindakan. Hal ini dikarenakan ibu yang sudah dilakukan tehnik relaksasi lima jari merasa lebih tenang dan rileks. Hal ini dipengaruhi oleh tehnik relaksasi lima jari merupakan salah satu tehnik relaksasi generalis dengan cara mengingat kembali pengalaman-pengalaman menyenangkan yang pernah dialami oleh seseorang. Dengan demikian, di alam bawah sadarnya seseorang digiring kembali kepada pengalaman yang menyenangkan, sehingga timbul perasaan nyaman, rileks, kecemasan dan masalah emosi lainnya menjadi turun. (Dewi, 2021).

Kondisi ibu yang tenang ini sejalan dengan menurunnya kadar hormone adrenalin yang meningkat ketika ibu mengalami kecemasan. Dalam kondisi cemas, kadar hormone yang meningkat selain hormone adrenalin adalah hormone katekolamin (norepinefrin termasuk epinefrin) dan dopamine. Ketika ibu rileks, hormone kecemasan dalam tubuh ibu menurun, diikuti oleh pernapasan ibu menjadi teratur. Hal ini mempengaruhi sirkulasi oksigen bagi janin terpenuhi, sehingga janin tidak mengalami fetal distress. Kecemasan ibu yang relative rendah ini menunjukkan ibu sudah dapat menurunkan rasa cemasnya. Ibu dalam kondisi relaks dan siap menjalani operasi SC yang akan dilaksanakan (Nazari, 2012).

Pengaruh Tehnik Relaksasi Lima Jari pada Kecemasan Ibu Pre Operasi SC

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan skor kecemasan ibu pre operasi SC sebelum dan setelah dilakukan tehnik relaksasi lima jari. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan hasil nilai p sebesar 0,001 yang artinya lebih kecil dari 0,05. Hal ini sesuai dengan gambaran kecemasan ibu

setelah diberikan terapi relaksasi lima jari dengan kecemasan sebanyak 10(71,4%) orang, dan 4 orang (28, 6%) tidak mengalami kecemasan setelah diberikan terapi relaksasi lima jari. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre SC. Kecemasan ibu pre operasi SC menurun setelah diberikan tehnik relaksasi lima jari karena tehnik ini menurut Kelliat, 1995 merupakan sebuah tehnik pengalihan pemikiran seseorang dengan cara menyentuh pada jari-jari tangan sambil membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau yang disukai. Davis & McKay, 2008 juga menjelaskan tehnik relaksasi lima jari merupakan proses menggunakan pikiran dengan menggerakkan tubuh untuk menyembuhkan diri dan memelihara kesehatan atau rileks melalui komunikasi dalam tubuh yang melibatkan semua indera meliputi sentuhan, penciuman, penglihatan dan pendengaran. Secara sederhana, dapat disimpulkan bahwa tehnik relaksasi lima jari merupakan salah satu tehnik relaksasi generalis dengan cara mengingat kembali pengalaman-pengalaman menyenangkan yang pernah dialami oleh seseorang. Dengan demikian, di alam bawah sadarnya seseorang digiring kembali kepada pengalaman yang menyenangkan, sehingga timbul perasaan nyaman, rileks, kecemasan dan masalah emosi lainnya menjadi turun. (Dewi, 2021; 12).

Turunnya kecemasan ini membuktikan bahwa tehnik relaksasi lima jari yang dilakukan selama kurang lebih 10 menit dengan konsentrasi dan rileks dapat mempengaruhi kecemasan ibu. Tehnik relaksasi lima jari dilaksanakan dengan menyentuh ibu jari dengan telunjuk dan mengengang saat pasien merasa sehat, kedua menyentuh ibu jari dengan jari tengah mengalir ke daerah yang paling memerlukan diri sendiri. Reiki mengalir ke daerah yang paling memerlukan bantuan, bukan hanya pada gejalanya sehingga dapat digunakan pada setiap tingkatan baik fisik, mental, emosional dan spiritual. Secara umum, reiki menggunakan tehnik sentuhan tangan dalam mengalirkan energi penyembuhan Effendi, 2008. Serupa dengan Reiki, menurut Kriegen, 1996 Touch Healing yang dikembangkan dan diteliti oleh Dolores Kriegen pada tahun 1970 merupakan bentuk penyembuhan menggunakan tangan dalam memperbaiki keseimbangan energi di dalam tubuh. Terapi dikembangkan didasarkan pada teori bahwa tubuh, pikiran, serta emosi membentuk bidang energi yang kompleks. Berdasarkan prinsip terapi sentuhan tangan ini, kesehatan merupakan indikasi dari keseimbangan getaran energi tubuh dan penyakit menandakan ketidakseimbangan (Dewi, 2021; 13- 16). Tubuh yang sehat dan rileks menandakan adanya keseimbangan getaran energi tubuh.

Meskipun hasil akhir menunjukkan adanya pengaruh tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre operasi SC, dalam pelaksanaan penelitian terdapat beberapa kesulitan atau hambatan yang muncul. Kesulitan yang dihadapi ketika melaksanakan penelitian muncul ketika kondisi lingkungan tidak kurang mendukung. Kondisi ruangan yang penuh pasien dengan berbagai diagnosa, suara mengerang bahkan tangisan anak serta bayi acapkali membuat proses pelaksanaan tehnik relaksasi lima jari sedikit terganggu. Gangguan ini diatasi dengan menempatkan ibu pre operasi SC pada ruang tindakan dan menutup tirai serta pintu. Meminta satu orang saja sebagai pendamping ibu ketika persiapan pre operasi SC hingga pelaksanaan pengukuran kecemasan dan tehnik relaksasi lima jari agar ibu bisa focus ke dirinya. Pendamping ini ditentukan satu orang bisa suami atau ibu dari responden atas persetujuan responden. Pembatasan pendamping juga bertujuan untuk meminimalis gangguan konsentrasi pada saat dilakukan terapi. Bidan yang melaksanakan terapi berdiri di samping kepala ibu agar suaranya terdengar jelas oleh ibu.

Ibu pre operasi SC sebagai responden ini telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang mana kondisi ibu ketika dipersiapkan untuk operasi SC dalam kondisi sadar penuh (compo mentis), dapat berkomunikasi verbal secara aktif, tidak mengalami gangguan jiwa, tidak ada

cacat fisik terutama bagian tangan dan tidak dalam kondisi gawat, darurat atau gawat darurat obstetric dan neonatal. Hal ini sudah dipastikan sebelum dilakukan penelitian dengan melihat diagnosa masuk, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan hasil pemeriksaan DJJ. Dipastikan lagi sebelum dilakukan terapi, kembali diperiksa oleh Bidan tanda-tanda vital ibu dan DJJ. Sehingga, sample penelitian ini dalam kondisi standart untuk diambil data dan diberikan terapi, serta didapatkan hasil penelitian yang objektif.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tehnik relaksasi lima jari terhadap kecemasan ibu pre SC dapat disimpulkan sebagai berikut : Adapun tingkat kecemasan pre test responden pada kelompok intervensi dan kontrol lebih banyak mengalami kecemasan sedang (64,3% dan 78,6%), adapun tingkat kecemasan post test responden pada kelompok intervensi lebih banyak mengalami kecemasan ringan (57,1%) sedangkan pada kelompok kontrol lebih banyak mengalami kecemasan sedang (78,6%) dibandingkan kecemasan ringan (21,4%). Adapun pada kelompok intervensi responden yang mengalami penurunan sebanyak 13 responden dan tetap 1 responden

DAFTAR PUSTAKA

- Andarwulan, Setiana. (2021). Terapi Komplementer Kebidanan. Indonesia: Guepedia.
- Apriansyah, Akbar., Romadoni, Siti., dan Andrianovita, Desy. (2014). Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pre-Operasi dengan Derajat Nyeri pada Pasien Post Caesarea di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. Artikel Penelitian. Palembang : STIKes Muhammadiyah Palembang Program Studi Ilmu Keperawatan.
- Baradero, Mary. (2009). Keperawatan Perioperatif : Prinsip dan Praktik. Jakarta : EGC.
- Dewi, Rosliana. (2021). Tehnik Relaksasi Lima Jari terhadap Kualitas Tidur, Fatigue dan Nyeri pada Pasien Kanker Payudara. Yogyakarta: Deepublish.
- Fadjarajani, Siti. (2020). Metode Penelitian, Pendekatan Multidisipliner. Gorontalo: Ideas Publishing.
- Gunawan, Joko. (2017). Buku Saku Metodologi Penelitian Kesehatan. Kendari: Violet Indah Sejahtera.
- Hartati, Maryunani. (2015). Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Sectio Caesaria. Jakarta :Trans Info Media.
- Hartono, Dudi., Somantri, Iwan., dan Februarti, Sofia. (2019). Hipnosis Lima Jari dengan Pendekatan Spiritual Menurunkan Insomnia pada Lansia. Jurnal Kesehatan. Tasikmalaya : Politeknik Kesehatan Tasikmalaya Jurusan Keperawatan.
- Juliandi, Azuar. (2014). Metode Penelitian Bisnis Konsep dan Aplikasi. Medan: UMSU Press.
- Kurniarum, Ari. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Nugroho, Tri Santoso. (2016). Pengaruh Intervensi Tehnik Relaksasi Lima Jari terhadap Fatigue Klien CA Mammae di RS Tugurejo Semarang. Tesis, Magister Keperawatan. Semarang : Universitas Diponegoro.

- Manuaba, Ida Ayu Chandranita. (2009). Buku Ajar Patologi Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC
- Murharyati, Atiek, dkk. (2021). Keperawatan Jiwa Mengenal Kesehatan Mental. Malang: Ahlimedia Press.
- Muzayyana dan Saleh, Sitti Nurul Hikma. (2021). Kecemasan Ibu Hamil Trimester III dalam Menghadapi Persalinan di Masa Pandemi Covid-19. Tasikmalaya: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2018). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ramdan, Iwan Muhamad. (2018). Reliability and Validity Test of the Indonesian Version of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) to Measure Work- related Stress in Nursing. Jurnal Ners. Samarinda : Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mulawarman University.
- Rosyati, Herry. (2017). Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Saputro, Heri. (2017). Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit : Penerapan Terapi Bermain Anak Sakit Proses, Manfaat dan Pelaksanaannya. Ponorogo : Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes).
- Sari, Devi Diana Kurnia. (2016). Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea. Skripsi, Strata I Keperawatan. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Suciati, Dellia Destya Eka dan Nuryani. (2020). Hubungan Dukungan Suami dengan Kecemasan Istri Pre Sectio Caesarea di Rumah Sakit Tahun 2020. Nusantara Hasana Journal. Tangerang: STIKes YATSI.
- Syaripudin, Ahmad. (2018). Hipnoterapi Aplikasi Keperawatan Komplementer. Bogor: In Media.
- Syaripudin, Ahmad. (2018). Konsep Manajemen Nyeri dengan Hipnoterapi. Yogyakarta: Nuha Medika.

Original Article*)

Teknik Genggam Jari Dan Stress Ball Dapat Menurunkan Kecemasan Pada Pasien Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Bina Husada Tahun 2021

(Finger Holding Techniques and Stress Balls Can Reduce Anxiety in Cesarean Section Patients at Bina Husada Hospital in 2021)

Anie Setyoningsih¹

¹Rumah Sakit Bina Husada Cibinong

Email correspondent: aniesetyoningsih55@gmail.com

Abstract

Introduction: Anxiety was the highest symptom that occurred during preoperative Cesarean Section (SC). The mother's anxiety during preoperative Sectio Caesarea was caused by fear of foreign actions to be performed, wound pain after surgery, injections, and risk of loss of life as a result of surgery and anesthesia, also including the risk of death or disability. The impact of anxiety in preoperative SC has delayed surgery, increased pain experienced by the mother, increased need for analgesic drugs, longer hospital stays, and also the occurrence of postpartum maternal depression. Efforts to reduce anxiety in mothers before surgery, one of which was by holding finger relaxation and a stress ball.

Methods: This study used a quasi-experimental design with pre-test and post-test designs with two comparative treatments. The number of samples in this study was 30 respondents, which were divided into 15 groups of finger grip therapy and 15 groups of stress ball therapy. The sampling technique used purposive sampling technique. The instrument used is the level of anxiety HARS (Hamilton Rating Scale of Anxiety).

Results: Based on the results of the Wilcoxon test, it was found that the finger grip group had a p-value = 0,003; and the stress ball group had a p-value = 0,005. Based on the results of the Mann-Whitney test, a p-value of 0,143 was obtained, which means < 0,05 so, it can be said that there is no significant difference between finger gripping and stress ball interventions.

Discussion: This study aims to examine the comparison of the effectiveness of finger gripping techniques and stress balls on the level of anxiety in cesarean section patients. Finger grip therapy and stress balls given to pre-cesarean patients did not have a significant difference.

Keywords: anxiety, finger grip, stress ball

Artikel

Disubmit (Received) : 18 November 2022

Diterima (Accepted) : 12 January 2023

Diterbitkan (Published) : 14 January 2023

Copyright: © 2023 by the authors. License DPOAJ, Jakarta, Indonesia. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Pendahuluan

Tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa salah satunya adalah pembedahan atau operasi. Tindakan pembedahan juga dapat menjadi tindakan pencegahan dalam kasus kecacatan dan komplikasi. Oleh karena itu operasi atau Pembedahan adalah bagian dari tindakan medis yang cukup penting dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Istilah *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *caedere* yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetrik, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu.¹

Menurut *World Health Organization* (WHO), rata-rata *sectio caesarea* 5-15% per1000 kelahiran didunia, angka kejadian di Rumah Sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di Rumah Sakit swasta bisa lebih dari 30%. Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut data *survey* nasional tahun 2007 adalah 927,000 dari 4,030.² Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut data *survey* nasional pada tahun 2011 adalah \pm 1,200,000 dari \pm 5,690,000 persalinan atau sekitar 24,8% dari seluruh persalinan.³ Sedangkan Angka persalinan *sectio cesarea* di Jawa Barat tahun 2013 menunjukkan prevalensi pembedahan *section caesarea* sebesar 17,6 % dari jumlah kelahiran adalah sekitar 8,7% dari jumlah kelahiran.³ Pada tahun 2017 dalam sebuah penelitian dengan jumlah responden 305 ibu bersalin di RSUD Pringsewu Kabupaten Pringsewu, didapatkan ibu bersalin mengalami *sectio caesarea* dengan persentase 47,9%, umur sebagian besar ibu sekitar 21 tahun-sampai 34 tahun (71,8%), paritas terbanyak yaitu ibu dengan kehamilan multigravida (50,2%), sementara itu sebagian besar ibu tidak mempunyai riwayat penyakit (69,3%), hal ini menunjukkan adanya hubungan factor umur dengan ibu bersalin yang mengalami *sectio caesarea*.⁴

Tindakan pembedahan *sectio caesarea* adalah bentuk tindakan medis yang dilakukan secara terencana, cenderung membutuhkan waktu lama, serta memiliki risiko yang cukup serius pada keselamatan hidup. Oleh arena itu tindakan ini bisa membuat ibu menjadi cemas dan gejala stress lainnya. Perasaan cemas ibu yang akan melakukan pembedahan dihubungkan karena nyeri luka setelah operasi, penyuntikan, perasaan takut pada tindakan asing yang akan dilakukan, serta akan banyak bergantung pada orang lain, resiko kehilangan nyawa akibat dari tindakan operasi dan pembiusan, juga termasuk resiko terjadi kematian atau kecacatan. Manifestasi pada kecemasan meliputi adanya perubahan fisiologis seperti berkeringat, gemetar, nyeri abdomen, detak jantung meningkat, sesak nafas dan 3 perubahan perilaku seperti bicara cepat, gelisah, reaksi terkejut.⁴

Dampak dari terjadinya kecemasan sebelum pembedahan diantaranya adalah tindakan operasi yang tertunda, rasa sakit yang di alami ibu pasca operasi yang meningkat, kebutuhan obat analgesik yang juga meningkat, masa rawat inap di Rumah Sakit yang semakin lama dan juga terjadinya depresi ibu post partum.⁶ Cara untuk meredakan kecemasan ibu sebelum pembedahan salah satunya dengan relaksasi genggam jari dan *stress ball*. Relaksasi ini merupakan terapi yang ditujukan untuk mengembalikan dan mengendalikan emosi yang dapat merilekskan tubuh, dimana tindakan operasi *sectio caesarea* memiliki komplikasi sehingga rasa cemas pada ibu timbul.⁴

Hasil studi pendahuluan peneliti didapatkan ada 4 ibu hamil yang akan melakukan tindakan *sectio caesarea* hasilnya ke empatnya memiliki tingkat kecemasan yang tinggi. Sejalan dengan penelitian Hepp *et al*⁵ yang memeriksa tingkat kecemasan di hari akan melaksanakan prosedur *sectio caesarea*. Di dapatkan hasil bahwa tingkat kecemasan yang paling tinggi yaitu pada saat pre-operasi daripada saat tindakan penutupan kulit serta post *sectio caesarea* dua jam.⁵ Penelitian oleh Primasari Mahardhika Rahmawati dkk didapatkan kecemasan responden pre-operasi *sectio caesarea* pada kelompok intervensi sebelum pemberian terapi PMR memiliki rentang kecemasan sedang dan Sesudah pemberian terapi relaksasi otot tingkat kecemasan menurun menjadi ringan. Gerakan ini dilakukan dengan meregangkan dan merilekskan otot-otot besar secara pelan, teratur dan berurutan.⁷ Dengan hasil tersebut dapat di simpulkan terapi relaksasi otot dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu pre-operasi yang menjalani pembedahan *sectio caesarea*.⁸

Dasar dari teori terapi relaksasi otot untuk mengurangi rasa cemas adalah bahwa kecemasan sendiri membuat tubuh bereaksi merangsang pikiran akibatnya menimbulkan ketegangan fisik yang

ditandai dengan otot menjadi tegang. Sebaliknya fisiologis yang tegang akan menaikkan pengalaman subjektif pada rasa cemas, oleh karena itu merelaksasikan otot dapat menjadi terapi yang mampu mengurangi fisiologis yang menegang karena rasa cemas dan menurunkan kecemasan itu sendiri.

Metode

Metode penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan desain *pre-test* dan *post-test* dengan dua perlakuan perbandingan.⁹ Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 30 responden, yang terbagi menjadi 15 sebagai kelompok terapi genggam jari dan 15 sebagai kelompok terapi *stress ball*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang di gunakan adalah tingkat kecemasan HARS (*Hamilton Rating Scale of Anxiety*). Analisa data pada penelitian ini adalah mencari perbandingan efektifitas teknik genggam jari dan *stress ball* terhadap tingkat kecemasan pada pasien *sectio caesarea*. Penelitian ini telah dilakukan uji etik di komisi etik Departemen Etika dan Riset STIKes Indonesia Maju dengan nomor :2929/Sket/Ka-Dept/RE/ STIKIM/XII/2021.

Hasil

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pre-Post Test Kelompok Genggam Jari (n=15)

Tingkat Kecemasan kelompok Genggam Jari	Pre-test		Post-test	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Cemas	0	0	8	53,3
Cemas Ringan	14	93,3	7	46,7
Cemas Sedang	1	6,7	0	0
Cemas Berat	0	0	0	0
Panik	0	0	0	0
Total	15	100	15	100

Sumber olah data SPSS tahun 2021

Berdasarkan tabel 1 diatas didapatkan bahwa tingkat kecemasan *pre-test* pada kelompok genggam jari hampir seluruhnya mengalami cemas ringan sebanyak 14 responden (93,3%) dan sebagian kecil cemas sedang sebanyak 1 responden (6,7%). Sementara itu tingkat kecemasan *post-test* pada kelompok genggam jari sebagian besar tidak mengalami cemas sebanyak 8 responden (53,3%) dan hampir setengahnya lagi cemas ringan sebanyak 7 orang (46,7).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pre-Post Test Kelompok *Stress Ball* (n=15)

Tingkat Kecemasan Kelompok <i>Stress Ball</i>	Pre-test		Post-test	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase(%)
Tidak Cemas	0	0	4	26,7
Cemas Ringan	10	66,7	10	66,7
Cemas Sedang	5	33,3	1	6,7
Cemas Berat	0	0	0	0
Panik	0	0	0	0

Total	15	100	15	100
-------	----	-----	----	-----

Sumber olah data SPSS tahun 2021

Berdasarkan tabel 2 diatas didapatkan bahwa tingkat kecemasan *pre-test* pada kelompok *stress ball* sebagian besar mengalami cemas ringan sebanyak 10 responden (66,7%) dan hampir sebagian lagi cemas sedang sebanyak 5 responden (33,3%). Sementara itu tingkat kecemasan *post-test* pada kelompok *stress ball* sebagian besar mengalami cemas ringan 10 responden (66,7%). Sebagian kecil tidak mengalami cemas sebanyak 4 responden (26,7%) dan cemas sedang hanya 1 responden (6,7%).

Tabel 3. Perbandingan Efektifitas Intervensi Genggam Jari Dengan *Stress Ball* Pasien *Sectio Cesarea* Di Rumah Sakit Bina Husada Cibinong (n=15)

Karakteristik	Kelompok Genggam jari		Kelompok <i>Stres Ball</i>	
	Pre	Post	Pre	Post
N	15	15	15	15
Mean	1,07	0,47	1,33	0,73
Std Dev	0,258	0,516	0,488	0,458
Min	1	0	1	0
Max	2	1	2	1
Wilcoxon SignedRanks Test	0,003		0,005	
Mann-Whitney U Test	0,143			

Sumber olah data SPSS tahun 2021

Berdasarkan tabel 3 diatas bahwa pada kelompok intervensi genggam jari yang terjadi penurunan mean dari 1,07 *pre-test* menjadi 0,47 pada *post-test*. Sedangkan pada kelompok intervensi *stress ball pre-test* didapatkan mean 1,33 dan pada *post-test* mean 0,73. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada kelompok intervensi genggam jari didapatkan *p-value* = 0,003 atau < 0,05 sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi genggam jari terhadap penurunan kecemasan. Sedangkan pada kelompok intervensi *stressball* setelah dilakukan uji *Wilcoxon* didapatkan *p-value* = 0,005 atau < 0,05 sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi *stress ball* terhadap penurunan kecemasan. Hasil uji statistic *Mann-Whitney U Test* diperoleh nilai signifikasi *p-value* = 0,143 > dari 0,005 sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi genggam jari dengan kelompok intervensi *stress ball*.

Pembahasan

Tingkat Kecemasan Sebelum Dan Sesudah Tindakan Genggam Jari

Berdasarkan tingkat kecemasan *pre-test* pada kelompok genggam jari mengalami kecemasan ringan 14 responden (93,3%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sari (2016) dalam penelitiannya 62,5% mengalami cemas ringan, 37% mengalami cemas sedang. Berbeda dengan penelitian Donsu dan Amini (2017), pada pasien *pre-section caesaria* 59,5% mengalami cemas sedang dan 37,8% mengalami cemas berat. Penelitian yang sejalan dilakukan Rahmawati dkk¹⁰ tentang pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* terhadap kecemasan ibu *pre-operasi sectio caesarea* di Ruang Bersalin diperoleh kecemasan responden *pre-operasi sectio caesarea* pada kelompok intervensi sebelum diberikan terapi PMR berada pada rentang kecemasan sedang dan setelah diberikan terapi PMR berada pada rentang kecemasan ringan. Menurut teori interpersonal Sullifan menjelaskan bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.¹¹ Asumsi peneliti bahwa dalam menghadapi operasi

yang sebagian besar pasien belum memiliki pengalaman sehingga kondisi yang akan dihadapi menjadi stressor yang membuat kecemasan beragam pada setiap pasien.

Sementara itu berdasarkan tingkat kecemasan *post-test* pada kelompok genggam jari tidak mengalami cemas 8 responden (53,3%) dan yang mengalami cemas ringan 7 responden (46,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sari (2016) setelah diberikan intervensi genggam jari dalam penelitiannya 25% tidak mengalami cemas, dan 68% mengalami cemas ringan. Berbeda dengan penelitian Donsu dan Amini (2017), pada pasien *pre-section caesarea* yang diberikan intervensi tarik napas dalam didapatkan 83,8% mengalami cemas ringan dan 10,8% tidak cemas. Penelitian yang sejalan dilakukan Rahmawati dkk tentang pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) signifikan menurunkan kecemasan pada ibu *pre-operasi sectio caesarea*.¹¹ Terapi PMR didasari bahwa kecemasan akan menyebabkan tubuh bereaksi yang merangsang pikiran sehingga menyebabkan ketegangan fisiologis yang salah satunya ditandai dengan ketegangan otot. Ketegangan fisiologis sebaliknya akan meningkatkan pengalaman subjektif terhadap kecemasan, dengan merelaksasikan otot maka akan menurunkan ketegangan fisiologis yang pada akhirnya akan menurunkan kecemasan.¹² Asumsi peneliti bahwa intervensi genggam jari merupakan bagian dari *Progressive Muscle Relaxation* dengan merelaksasikan otot maka akan menurunkan ketegangan fisiologis yang pada akhirnya akan menurunkan kecemasan.

Tingkat Kecemasan Sebelum Dan Setelah Tindakan *Stress Ball*

Berdasarkan tingkat stress *pre-test* pada kelompok *stress ball* mengalami kecemasan ringan 10 responden (66,7%) dan yang mengalami cemas sedang 5 responden (33,3%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sari (2016), dalam penelitiannya 62,5% mengalami cemas ringan, 37% mengalami cemas sedang. Berbeda dengan penelitian Donsu dan Amini (2017), pada pasien *pre-sectio caesarea* 59,5% mengalami cemas sedang dan 37,8% mengalami cemas berat. Berbeda dengan penelitian dari Nasution (2020), bahwa kecemasan sebelum diberikan intervensi *stress ball* 50% mengalami kecemasan berat. Menurut Wilkinson menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu keresahan, perasaan tidak nyaman dan menakutkan, disertai dengan respon otomatis, dan sumbernya sering kali tidak spesifik, antisipasi terhadap keadaan bahaya. Asumsi peneliti kecemasan sebelum dilakukan operasi *sectio caesarea* merupakan situasi keresahan yang dirasakan pasien sehingga timbul perasaan tidak nyaman dan menjadi penyebab kecemasan.

Berdasarkan tingkat stress *post-test* pada kelompok *stress ball* mengalami cemas ringan 10 responden (66,7%) dan yang mengalami cemas sedang 1 responden (6,7%), dan tidak mengalami stress 4 responden (26,7%). Berbeda dengan penelitian dari Nasution (2020), bahwa kecemasan setelah diberikan intervensi *stress ball* 40% mengalami cemas ringan. Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. *Stress ball* akan menstimulasi saraf yang ada di tangan, saraf ini terhubung langsung ke otak, terutama area limbic yang berperan besar dalam menentukan emosi. Memeras *stress ball* fungsinya seperti akupresur, yaitu stimulus di area tubuh tertentu tetapi juga mempengaruhi bagian lain dari tubuh. Berfokus pada mainan *stress ball*, maka pikiran akan tentang stress, nyeri, serta kepanikan akan berhenti. Tubuh dan pikiran jadi fokus pada mainan *stress ball*. Gerakan meremas dan melepas bola, juga merangsang produksi hormon endorfin. Hormon ini berperan dalam meredakan rasa nyeri, cemas, menenangkan dan membuat perasaan jadi stabil. Asumsi peneliti bahwa *stress ball* mampu memekan sistem persarafan yang berada di tangan yang dapat meningkatkan rangsangan tubuh untuk melakukan relaksasi sehingga dapat meningkatkan relaksasi pasien *pre sectio caesarea* yang berdampak menurunkan kecemasan.

Efektifitas Teknik Genggam Jari Terhadap Tingkat Kecemasan

Berdasarkan hasil kelompok intervensi genggam jari yang terjadi penurunan mean dari 1,07 *pre-test* menjadi 0,47 pada *post-test*. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Signed Ranks Test* pada kelompok intervensi genggam jari didapatkan diperoleh *p-value* = 0,003 atau < 0,05 sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi genggam jari terhadap penurunan kecemasan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2016), bahwa intervensi genggam jari memiliki pengaruh positif dengan nilai *p-value* 0,001. Pinandita perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non *nosiseptor*. Serabut saraf non *nosiseptor* mengakibatkan “Pintu Gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat atau berkurang. Jenis relaksasi genggam jari berhubungan dengan jari-jari tangan dan aliran energi yang ada dalam tubuh kita, apabila individu mempersepsikan tentang sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi.¹¹ Relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik-titik keluaran masuknya energi pada *meridian* (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari-jari tangan, sehingga mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggam, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadilancar.¹² Asumsi peneliti bahwa teknik relaksasi genggam jari merupakan suatu terapi yang dapat merangsang sistem persyarafan yang menstimulus dan berkerjaseperti sebagai pintu kontrol (menghambat nyeri) sehingga dapat menurunkan rasa nyeri.

Efektifitas Teknik *Stress Ball* Terhadap Tingkat Kecemasan

Pada kelompok intervensi *stress ball pre-test* didapatkan mean 1,33 dan pada *post-test* mean 0,73. Sedangkan pada kelompok intervensi *stress ball* setelah dilakukan uji *Wilcoxon* didapatkan *p-value* = 0,005 atau < 0,05 sehingga dapat dikatakan terdapat hubungan signifikan intervensi *stress ball* terhadap penurunan kecemasan. Sejalan dengan penelitian Sari (2019), bahwa pemberian intervensi genggam jari didapatkan *p-value* = 0,001 yang berarti memiliki pengaruh signifikan menurunkan kecemasan. Sejalan dengan penelitian Nasution (2020), bahwa *stress ball* yang diberikan pada pasien *pre-sectio caesarea* mengalami penurunan kecemasan dengan nilai *p-value* = 0,000. Terapi *stress ball* yang dilakukan dapat memberikan stimulus saraf responden dan juga mampu mengalihkan perhatian responden.

Stress ball menstimulasi saraf yang ada di tangan, saraf ini terhubung langsung ke otak, terutama area *limbic* yang berperan besar dalam menentukan emosi. *Stress ball* fungsinya seperti akupresur, yaitu stimulus di area tubuh tertentu tetapi juga mempengaruhi bagian lain dari tubuh. Tubuh dan pikiran jadi fokus pada *stress ball*. Gerakan meremas dan melepas bola, juga merangsang produksi hormon endorfin. Hormon ini berperan dalam meredakan relaksasi tubuh yang dapat menenangkan dan membuat perasaan jadi stabil. Asumsi peneliti bahwa terapi *stress ball* merupakan terapi yang bekerja pada sistem persyarafan yang dapat meningkatkan hormon endorfin dan berdampak kepada relaksasi tubuh dan berakibat penurunan tingkat kecemasan.

Perbandingan Efektifitas Intervensi Genggam Jari Dengan *Stress Ball*

Hasil uji statistik *Mann-Whitney U Test* diperoleh nilai signifikansi *p-value* = 0,143 > dari 0,05 sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi genggam jari dengan kelompok intervensi *stress ball*. Pada penelitian ini baik pada kelompok intervensi genggam jari maupun *stress ball* didapatkan bahwa responden mengalami penurunan kecemasan yang signifikan. Penurunan tingkat kecemasan pada pasien *pre-sectio caesarea* disebabkan teknik genggam jari dan *stress ball* memiliki kesamaan dalam tindakan dengan mengantarkan saraf tangan yang dapat menstimulasi rasa tenang tidak hanya ke otak tetapi ke seluruh tubuh, dengan meremas jari atau meremas *stress ball* juga mengalihkan perasaan responden dari rasa cemas menjadi tenang. Asumsi peneliti bahwa intervensi genggam jari dan *stress ball* memiliki keefektifan yang hampir dalam menurunkan kecemasan. Keefektifan tersebut berkaitan dengan sistem yang bekerja pada stimulus syaraf

pada tangan sehingga dampak yang dirasakan baik secara fisik meningkatkan hormone endorphin maupun secara psikologis intervensi tersebut dapat mengalihkan mekanisme nyeri.

Dapat di rumuskan beberapa kesimpulan, yaitu tingkat kecemasan *pre-test* pada kelompok genggam jari mayoritas mengalami cemas ringan sementara itu tingkat kecemasan pada *post-test* mayoritas tidak mengalami cemas. Tingkat kecemasan *pre-test* pada kelompok *stress ball* mengalami cemas ringan begitupun dengan tingkat kecemasan pada *post-test* mengalami cemas ringan. Hasil didapatkan bahwa terapi genggam jari dan terapi *stress ball* efektif menurunkan kecemasan pada pasien *pre-sectio caesarea* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Bina Husada Cibinong tahun 2021. Kemudian tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kelompok intervensi genggam jari dengan kelompok intervensi *stress ball* di Ruang Kamar Bedah Rumah Sakit Bina Husada Cibinong tahun 2021.

Makna Singkatan (Abbreviations)

HARS	: Hamilton Rating Scale of Anxiety
PMR	: Progressive Muscle Relaxation
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: Sectio Caesarea
WHO	: World Health Organization.

Persetujuan Etik

Penelitian ini telah lolos uji etik di komisi etik Departemen Etika dan Riset STIKes Indonesia Maju dengan nomor :2929/Sket/Ka-Dept/RE/STIKIM/XII/2021.

Konflik Kepentingan

Peneliti menyatakan bahwa penelitian ini independen dari konflik kepentingan individu dan organisasi.

Pendanaan

Sumber keuangan dalam penelitian ini berasal dari peneliti sendiri.

Kontribusi Penulis

Anie Setyoningih sebagai Anie Setyoningih sebagai author.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada Universitas Indonesia Maju (UIMA) serta para staf Rumah Sakit Bina Husada Bogor yang telah mendukung penelitian ini.

References

1. Rahmi L., Bustami LES. The Relationship of the Characteristics of the Mother with the Type of Delivery. *J Midwifery*. 2021; 6(2): 37.
2. Yu D., Zhang L., Yang S., Chen Q., Li Z. Trends, Causes and Solutions of Maternal Mortality in Jinan, China: The Epidemiology of the MMR in 1991-2020. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1-11.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Kementerian Kesehatan RI (Internet). 2018:1-582. Available From: <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wpcontent/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>.
4. Sari RFT 2020. Riezky furry tanjung sari nim po 7224319066. 2020.
5. Astutik P, Kurlinawati E. Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Sectio Di Ruang Delima RSUD Kertosono. *Str J Ilmu Kesehatan (Internet)*. 2017; 6(2): 30-7. Available from: <https://www.neliti.com/pt/publications/236467/pengaruh-relaksasi-genggam-jari-terhadap-penurunan-nyeri-pada-pasien-post-sectio>.
6. Wahyuni R., Dan Rohani S. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Riwayat Persalinan Sectio Caesarea. *Wellness Health Mag (Internet)*. 2019; 2 (February): 187-92. Available From: <https://wellness.journalpress.id/wellness/article/view/v1i218wh>.

7. Jatinegara H. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Respon Time Perawat Pada Pasien Suspek COVID-19 Di IGD Rumah Sakit Pendahuluan. 2021: 4(1): 20-6.
8. Dila W., Nadapda TP., Sibero JT. Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea Periode 1 Januari-Desember 2019 Di RSUD Bandung Medan Factors Related to Caesarian Section Delivery for the Period of January 1-December 2019 at RSUD Bandung Medan. 2022: 8(1): 359-68.
9. Muhid A. Analisis Statistik 5 Langkah Praktis Analisis Statistik Dengan SPSS for Windows (2 ed.). Sidoarjo: Zifatama Jawara: 2019.
10. Sinurat D. Universitas Sumatera Utara Poliklinik Universitas Sumatera Utara. J Pembang Wil Kota. 2018: 1(3): 82-91.
11. Haniyah S., Setyawati MB., Sholikah SM. Efektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea Di RSUD Ajibarang. J STIKes. 2016: 1(1): 7.
12. Yayutrisnawati, Wulandari P., Windyastuti. Pengaruh relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea. J Ners Widya Husada. 2018: 5(1): 11-20.

*) Original Article

--- ISJNMS ---