

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN PENERAPAN TEKNIK
RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK MENGURANGI NYERI LUKA
POST SECTIO CAESAREA DI RSUD RADEN MATTATHER JAMBI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Disusun Oleh :

Elliza Puspika Sari

G1B224043

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS JAMBI**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN PENERAPAN TEKNIK
RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK MENGURANGI NYERI LUKA
POST SECTIO CAESAREA DI RSUD RADEN MATTATHER JAMBI**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar profesi Ners (Ns) pada
Program Studi Profesi Ners FKIK Universitas Jambi



Disusun Oleh :

Elliza Puspika Sari

G1B224043

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS JAMBI**

2025

PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN PENERAPAN TEKNIK
RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK MENGURANGI NYERI LUKA
POST SECTIO CAESARAE DI RSUD RADEN MATTATHER JAMBI**

Disusun Oleh :

Eliza Puspika sari

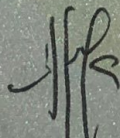
G1B224043

Telaah disetujui Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners

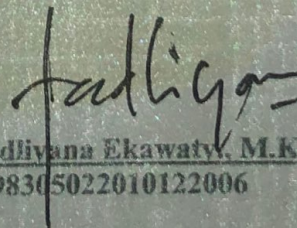
padatanggal 19 Juni 2025

Mengetahui,

Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners Ketua Program Studi Profesi Ners



Sri Mulvani, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP.197701122010122002



Ns. Fadliyana Ekawaty, M.Kep., Sp.Kep.An
NIP.198305022010122006

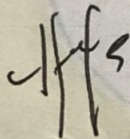
PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN PENERAPAN TEKNIK
RELAKSASI GENGAM JARI UNTUK MENGURANGI NYERI LUKA
POST SECTIO CAESAREA DI RSUD RADEN MATTATHER JAMBI

Disusun Oleh :

Elliza Puspika Sari
G1B224043

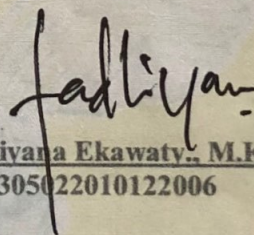
Mengetahui,

**Pembimbing Karya Ilmiah Akhir
Ners**



Sri Mulyani, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 197701122010122002

Ketua Program Studi Profesi Ners



Ns. Fadliana Ekawaty., M.Kep., Sp.Kep.An
NIP. 198305022010122006

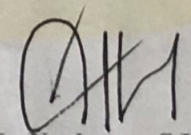
Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah diterima sebagai salah persyaratan untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns)

Tanggal 03 Juli 2025

**Dekan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**


Dr. dr. Humaryanto, Sp.OT., M.Kes
NIP. 197302092005011001

**Ketua Jurusan Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**


Ns. Nurhusna, S.Kep., M.Kep
NIP. 198003022010122001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elliza Puspika Sari

Nim : G1B224043

Program Studi : Profesi Ners

Judul Kian : Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Penerapan Teknik
Relaksasi Genggam Jari untuk Mengurangi Nyeri Luka *Post
Sectio Caesarea* di RSUD Raden Mattaher Jambi.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya ilmiah akhir ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut

Jambi, 19 Juni 2025

Yang membuat pernyataan,

Elliza Puspika Sari

G1B224043

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah, puji syukur penulis ucapkan kepada Allah Subhanahu Wata'ala yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya. Shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah memberikan petunjuk kepada umat manusia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari untuk Mengurangi Nyeri Luka *Post Sectio Caesarea* di RSUD Raden Mattaher Jambi”. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tentunya tidak terlepas dari bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak, maka sebagai ungkapan hormat penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Helmi., S.H., M.H selaku Rektor Universitas Jambi.
2. Bapak Dr. dr. Humaryanto, Sp. OT., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi.
3. Ibu Ns. Nurhusna, S.Kep., M.Kep selaku ketua Jurusan Keperawatan Universitas Jambi.
4. Ibu Fadliyana Ekawaty, S.Kep., Ners., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Jambi dan sekaligus dosen penguji satu yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis.
5. Ibu Sri Mulyani, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners yang telah membimbing dengan sabar dan telah bersedia meluangkan waktu dalam segala kesibukan dan aktivitas beliau untuk berdiskusi, memberi saran dan motivasi kepada saya selama penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
6. Ibu Ns. Rina Oktaria, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji dua yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis.

7. Orang tua tercinta yaitu Abak Idisar Kamarudin dan Amak Pismawati beserta Kakak dan abang tercinta Elmita Primasari Pranciska, S.M, Almy Saputra, S.T adik Faul Piska Alfahyet, Lhola Sarfika, Lholy Sarfika yang telah memberikan dukungan baik secara spiritual dan material, motivasi, doa, dan kasih sayang yang tulus selama peneliti mengikuti perkuliahan hingga saat ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan masukan yang bersifat membangun dari semua pihak sangat diperlukan untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ners ini sehingga dapat bermanfaat untuk semua pihak.

Jambi, 19 Juni 2025

Elliza Puspika Sari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	xiii
ABSTRACT	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Manfaat Penelitian	6
1.3.1 Bagi Profesi Keperawatan.....	6
1.3.2 Bagi Rumah Sakit	6
1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan	6
1.3.4 Bagi Klien	6
1.4 Pengumpulan Data.....	7
1.4.1 Studi Observasi-Partisipatif	7
1.4.2 Studi <i>Interview</i>	7
1.4.3 Studi <i>Literature</i>	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	8
2.1.1 Definisi.....	8

2.1.2 Indikasi.....	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi	10
2.1.5 Klasifikasi	11
2.1.6 Komplikasi.....	12
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis.....	12
2.2.1 Pengkajian.....	12
2.2.2 Diagnosa	17
2.2.3 Intervensi.....	18
2.2.4 Implementasi.....	23
2.2.5 Evaluasi.....	23
2.2.6 <i>Pathway</i>	24
2.3 Konsep Nyeri	25
2.3.1 Definisi.....	25
2.3.2 Klasifikasi	25
2.3.3 Etiologi.....	26
2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi	26
2.3.5 Pengukuran Derajat Nyeri.....	27
2.3.6 Penatalaksanaan	28
2.4 Konsep Terapi Genggam Jari.....	29
2.4.1 Definisi.....	29
2.4.2 Tujuan	29
2.4.3 Manfaat	30
2.4.4 Langkah Latihan	30
2.5 <i>Evidence Based Nursing</i>	31
BAB III GAMBARAN KASUS	34
3.1 Pengkajian.....	34
3.2 Analisa Data.....	39
3.3 Diagnosa	40
3.4 Intervensi.....	41

3.5 Implementasi.....	43
3.6 Evaluasi.....	52
BAB IV PEMBAHASAN	57
4.1 Analisis Asuhan Keperawatan	57
4.1.1 Analisis Pengkajian Keperawatan.....	57
4.1.2 Analisis Diagnosa Keperawatan	58
4.1.3 Analisis Intervensi Keperawatan	62
4.1.4 Analisis Implementasi Keperawatan.....	63
4.1.5 Analisis Evaluasi Keperawatan.....	66
4.1.6 Analisis Intervensi <i>Evidence Based Nursing</i>	67
4.2 Kesulitan Dan Hambatan Penelitian	69
BAB V PENUTUP.....	70
5.1 Kesimpulan	70
5.2 Saran	71
5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan.....	71
5.2.2 Bagi Rumah Sakit	71
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	71
5.2.4 Bagi Klien.....	72
DAFTAR PUSTAKA.....	73

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan	18
Tabel 2.2 Keaslian Penelitian/ <i>Evidence Based Nursing</i>	31
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	38
Tabel 3.2 Analisa Data.....	39
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Kasus.....	41
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan Kasus.....	43
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan Kasus.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway</i> Teori	24
Gambar 3.1 <i>Pathway</i> Kasus	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Lampiran 4 Dokumentasi

Lampiran 5 Instrumen Penelitian

Lampiran 6 Observasi Pelaksanaan

Lampiran 7 Absensi Penelitian

Lampiran 8 Data Pasien SC 2025

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Penulis bernama lengkap Elliza Puspika Sari Lahir di Timbulun, Tanjung gadang pada tanggal 4 April 2002, dari pasangan Ayahanda Idisar Kamarudin dan ibunda Pismawati dan anak kedua dari lima bersaudara, kakak pertama bernama Elmita Prima Sari Pranciska, S.M dan adik bernama Faul Piska Alfahyet, Lhola Sarfika, Lholy Sarfika. Penulis merupakan lulusan Paud Mutiara Hati tahun 2007, SD Negeri 3 Langki 2014, MTS Negeri 3 Sijunjung 2017, SMA Negeri 4 Sijunjung 2020, kemudian di tahun 2020 penulis diterima di Program Studi Keperawatan dan menyelesaikan studi S1 pada tahun 2024 dan kemudian penulis melanjutkan studi profesi ners di Universitas Jambi 2024-2025.

ABSTRACT

Postpartum maternal health is an important aspect of both physical and psychological recovery. Pain following a cesarean section (CS) is a common complaint that can hinder the mother's ability to care for herself and her baby. One non-pharmacological method that can be used to reduce pain is the finger hold relaxation technique. This intervention is carried out in stages. On the first day, pain level assessment and education on the finger hold relaxation technique are conducted. On the second day, relaxation practice is continued to ensure proper technique implementation. On the third day, the patient independently repeats the technique under supervision. On the fourth day, the patient performs the relaxation independently, still under nurse supervision. The results of the intervention showed a decrease in pain levels in post-CS patients after consistently applying the finger hold relaxation technique. This technique can be an effective and applicable non-pharmacological intervention in nursing practice.

Keywords : *Cesarean Section, Finger Hold Relaxation, Nursing Care, Pain*

ABSTRAK

Kesehatan ibu *pasca* persalinan merupakan aspek penting dalam proses pemulihan fisik dan psikologis. Nyeri *pasca* operasi *sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu keluhan yang sering dialami dan dapat menghambat aktivitas ibu dalam perawatan diri maupun bayinya. Salah satu metode non farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi genggam jari. Intervensi ini dilakukan secara bertahap. Hari pertama dilakukan pengkajian tingkat nyeri dan pengajaran teknik relaksasi genggam jari. Hari kedua dilanjutkan dengan praktik relaksasi untuk memastikan ketepatan pelaksanaan teknik. Hari ketiga dilakukan pengulangan teknik secara mandiri oleh pasien dengan supervisi. Hari keempat, pasien melaksanakan relaksasi secara mandiri, namun tetap dalam pemantauan perawat. Hasil intervensi menunjukkan adanya penurunan tingkat nyeri pada pasien *post* SC setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari secara konsisten. Teknik ini dapat menjadi salah satu intervensi non farmakologis yang efektif dan aplikatif dalam praktik keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Relaksasi Genggam Jari, *Sectio Caesarea*, Nyeri

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan tidak selalu berlangsung secara normal karena adanya kondisi tertentu yang dapat menghambat proses kelahiran. Dalam situasi seperti ini, *sectio caesarea* (SC) sering menjadi pilihan utama bagi tenaga medis untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi¹. SC merupakan tindakan pembedahan dalam bidang obstetri yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim untuk mengeluarkan bayi².

Data terbaru WHO (2025) menunjukkan bahwa angka persalinan melalui SC secara global mencapai 21% pada tahun 2018 dan diperkirakan meningkat hingga 30% pada tahun 2030. Meskipun prevalensinya tinggi, WHO menyatakan bahwa peningkatan SC di atas angka 10–15% tidak memberikan penurunan signifikan terhadap angka kematian ibu dan bayi³.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, sebesar 17,6% persalinan di Indonesia dilakukan melalui operasi *sectio caesarea* (SC). Angka ini melebihi batas ideal yang direkomendasikan WHO, yaitu 10–15%. Wilayah dengan persentase tertinggi adalah DKI Jakarta dan Bali (sekitar 30%), sementara Papua mencatat persentase terendah, yaitu 6,7%⁴.

Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, 25,9% ibu di Indonesia melahirkan melalui operasi *sectio caesarea* (SC). Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan 17,6% pada Riskesdas 2018. Persalinan SC paling tinggi tercatat di DKI Jakarta, yakni mencapai 40,8%. Kenaikan ini mencerminkan tren nasional dan global yang semakin bergeser ke arah intervensi medis tingkat persalinan dengan *sectio caesarea* (SC)⁵.

Berdasarkan data Provinsi Jambi mencapai 15,0 %, menunjukkan bahwa dari setiap 100 kelahiran, sekitar 15 di antaranya dilakukan melalui *sectio caesarea*⁶. Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medis RSUD Raden Mattaher

Provinsi Jambi tahun 2025, jumlah pasien yang melahirkan secara SC dari Januari hingga Mei menunjukkan variasi, yaitu 20 pasien pada Januari, 13 pasien pada Februari, 19 pasien pada Maret, 22 pasien pada April, dan 25 pasien pada Mei. Total pasien yang melahirkan secara SC selama lima bulan tersebut mencapai 99 orang.

Tindakan SC dilakukan berdasarkan dua kelompok indikasi, yaitu yang berasal dari kondisi ibu dan janin. Indikasi dari ibu meliputi panggul sempit, distosia mekanis, riwayat operasi rahim, perdarahan, serta *toxemia gravidarum*. Indikasi dari janin mencakup gawat janin, malpresentasi, insufisiensi plasenta, janin besar, inkompatibilitas *rhesus*, serta infeksi virus⁷.

Prosedur pembedahan menyebabkan terputusnya jaringan tubuh. Selama operasi, anestesi diberikan untuk menghilangkan rasa nyeri. Setelah efek anestesi mereda, nyeri biasanya mulai dirasakan, terutama di area sayatan⁸. Nyeri *pasca* SC umumnya dirasakan paling *intens* pada 24–72 jam pertama dan berangsur membaik dalam 5–7 hari tergantung kondisi pasien serta penanganan yang diberikan⁹.

Proses nyeri dimulai ketika suatu bagian tubuh mengalami luka akibat tekanan, sayatan, potongan, suhu dingin, atau kekurangan oksigen pada sel. Bagian yang terluka kemudian melepaskan berbagai zat intraseluler ke ruang ekstraseluler, yang selanjutnya mengiritasi nosiseptor. Saraf ini akan terangsang dan mengirim impuls melalui serabut saraf atau neurotransmisi yang menghasilkan zat neurotransmitter seperti prostaglandin dan epinefrin. Zat-zat tersebut membawa sinyal nyeri dari medula *spinalis* menuju otak, di mana sinyal ini kemudian diproses dan dirasakan sebagai nyeri¹⁰.

Penanganan nyeri *pasca* operasi *sectio caesarea* umumnya dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Pendekatan farmakologis melibatkan pemberian obat-obatan analgesik seperti morfin, *sublimaze*, *demerol*, *stadol*, dan lainnya. Kelebihan dari metode ini adalah

kemampuannya dalam meredakan nyeri dengan cepat. Namun, penggunaan obat kimia dalam jangka panjang dapat menimbulkan efek samping yang berbahaya bagi tubuh, seperti kerusakan pada fungsi ginjal¹¹.

Terapi non farmakologis yang sering digunakan untuk pasien dengan masalah nyeri meliputi meditasi, latihan autogenik, latihan relaksasi, imajinasi terpandu, pernapasan berirama, pengkondisian operan, *biofeedback*, pembangunan hubungan terapeutik, sentuhan terapeutik, stimulasi kulit, hipnosis, musik, akupresur, serta aromaterapi. Terapi relaksasi sendiri merupakan suatu metode yang berkaitan dengan perilaku manusia dan efektif dalam mengatasi nyeri akut, terutama nyeri yang muncul akibat prosedur diagnostik dan operasi. Salah satu teknik relaksasi yang umum digunakan adalah teknik relaksasi genggam jari, yang dikenal karena kesederhanaannya dan kemudahan pelaksanaannya¹².

Menggenggam jari sambil mengatur pernapasan dapat membantu mengurangi ketegangan fisik dan emosional. Genggaman jari berfungsi menghangatkan titik-titik masuk dan keluarnya energi meridian yang terdapat di jari tangan. Titik-titik refleksi pada keenam tangan memberikan rangsangan refleksi secara spontan saat genggaman dilakukan. Tangan, baik jari maupun telapak, merupakan alat sederhana namun efektif untuk membantu menyelaraskan tubuh dan mencapai keseimbangan¹³. Latihan relaksasi genggam jari bisa dilakukan 2–4 jam setelah *post SC* saat efek anestesi mulai hilang dan kondisi pasien stabil, dengan durasi 10–20 menit karena efektif membantu mengurangi nyeri¹⁴.

Relaksasi genggam jari merupakan metode untuk mengendalikan emosi sekaligus meningkatkan kecerdasan emosional. Teknik ini dapat menurunkan hambatan pada pembuluh darah perifer dan meningkatkan kelenturan pembuluh darah, sehingga membantu meningkatkan aliran darah serta distribusi oksigen ke seluruh tubuh. Selain itu, metode ini berperan sebagai vasodilator yang membantu memperlebar pembuluh darah, menurunkan tekanan darah, dan meredakan nyeri. Sentuhan hangat pada meridian jari memicu jalur energi yang mengirimkan sinyal ke otak, sehingga membantu mengurangi gangguan pada sistem saraf di berbagai

bagian tubuh. Kombinasi relaksasi genggam jari dengan terapi analgesik juga terbukti lebih efektif dalam mengatasi nyeri¹⁵.

Penelitian yang dilakukan oleh Harismayanti menunjukkan bahwa dari 4 pasien *pasca* operasi SC yang mendapatkan intervensi keperawatan berupa teknik relaksasi genggam jari selama tiga hari, seluruhnya mengalami penurunan intensitas nyeri. Hal ini membuktikan bahwa teknik tersebut efektif dalam mengurangi nyeri *pasca* operasi¹⁶.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astutik yang menyatakan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif menurunkan tingkat nyeri pada pasien *post* SC. Efektivitas teknik ini berkaitan dengan kemampuannya dalam merangsang pelepasan endorfin, yaitu analgesik alami tubuh, yang berperan penting dalam mengurangi nyeri, khususnya pada fase inflamasi *pasca* operasi. Bila dilakukan secara teratur, teknik ini dapat memberikan hasil yang lebih optimal dalam manajemen nyeri¹⁷.

Hasil yang sejalan diperoleh dari penelitian Erni dalam penelitian tersebut, rata-rata skala nyeri pasien sebelum intervensi berada pada angka 5 dan menurun menjadi 3 setelah intervensi dilakukan. Temuan ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien *pasca* operasi SC¹⁸.

Dukungan terhadap efektivitas teknik ini juga diperoleh dari penelitian Elisa. Penelitian ini melibatkan dua responden *pasca* operasi SC yang diberikan intervensi relaksasi genggam jari, dan hasilnya menunjukkan adanya penurunan skala nyeri setelah intervensi dilakukan. Temuan ini kembali memperkuat bukti bahwa teknik relaksasi genggam jari merupakan metode non farmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri pada pasien *post* SC¹⁹.

Penelitian Desi juga memberikan hasil yang mendukung. Dalam penelitian ini, dua pasien *post* SC diberikan intervensi teknik relaksasi genggam jari, dan hasilnya menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dari kategori nyeri sedang menjadi ringan. Temuan ini menegaskan bahwa relaksasi genggam jari dapat

menjadi salah satu alternatif intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien *pasca SC*²⁰.

Berdasarkan studi pendahuluan di Ruang rawat inap kebidanan RSUD Raden Mattaher Jambi, banyak pasien menjalani *sectio caesarea* akibat ketuban pecah dini dan riwayat SC sebelumnya, dengan terapi nonfarmakologis yang umum diberikan berupa relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri. Berdasarkan pengkajian nyeri yang dilakukan pada pasien Ny. D pada hari kedua *pasca SC* menunjukkan nyeri skala 5 seperti tertusuk di area bekas operasi yang bertambah saat bergerak, pasien mengatakan belum menerima terapi non farmakologis.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Teknik Relaksasi Genggam Jari untuk Mengurangi Nyeri Luka *Post Sectio Caesarea* di RSUD Raden Mattaher Jambi”.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya ilmiah ini adalah untuk menganalisis dan menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari untuk Mengurangi Nyeri Luka *Post Sectio Caesarea* di RSUD Raden Mattaher Jambi.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya ilmiah ini adalah :

- a. Menganalisis dan melakukan pengkajian keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari
- b. Menganalisis dan menegakkan rumusan diagnosa keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari
- c. Menganalisis dan merencanakan intervensi keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari

- d. Menganalisis dan melakukan implementasi keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari
- e. Menganalisis dan mengevaluasi evaluasi keperawatan pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari
- f. Menganalisis dan mengevaluasi penerapan *evidence based nursing* pada ibu *post sectio caesarea* (SC) dengan penerapan relaksasi genggam jari

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif mengurangi nyeri *post sectio caesarea*, sehingga dapat menjadi intervensi non farmakologis dalam asuhan keperawatan holistik yang aman, efektif, dan berpusat pada pasien.

1.3.2 Bagi Rumah Sakit

Teknik ini dapat dimanfaatkan rumah sakit sebagai bagian dari manajemen nyeri berbasis *evidence-based practice* yang praktis dan aman. Penggunaan intervensi ini mendukung peningkatan mutu pelayanan, mengurangi ketergantungan pada analgesik, serta meningkatkan efisiensi dan kepuasan pasien.

1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam pengembangan kurikulum keperawatan, khususnya keperawatan maternitas, serta memperkuat pembelajaran berbasis praktik dan *evidence-based* di lingkungan akademik.

1.3.4 Bagi Klien

Teknik relaksasi genggam jari memberikan alternatif aman dan mudah bagi klien *post SC* untuk mengurangi nyeri secara mandiri, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan kenyamanan selama masa perawatan.

1.4 Pengumpulan Data

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, penulis menggabungkan landasan teori ilmiah dengan praktik lapangan serta pengalaman pribadi, sehingga diperlukan data yang objektif dan sesuai dengan teori-teori yang digunakan sebagai dasar analisis dalam upaya pemecahan masalah. Oleh karena itu, penulis menerapkan metode sebagai berikut:

1.4.1 Studi Observasi-Partisipatif

Penulis melakukan observasi partisipatif dengan mengamati langsung kondisi pasien selama proses perawatan untuk melihat respons terhadap tindakan keperawatan yang diberikan.

1.4.2 Studi *Interview*

Penulis melakukan *interview* kepada pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan terkait kondisi pasien dan riwayat kesehatan secara menyeluruh.

1.4.3 Studi *Literature*/Dokumentasi

Penulis melakukan studi literatur dengan menelaah berbagai sumber seperti buku, jurnal, dan artikel ilmiah yang relevan, serta melakukan telaah terhadap data mengenai kondisi pasien yang diperoleh dari catatan medis dokter, bidan, perawat, petugas laboratorium, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya guna mendukung penyusunan karya tulis dan memperkuat landasan teori yang digunakan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah tindakan pembedahan dalam bidang obstetri yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding perut dan rahim ibu untuk mengeluarkan bayi. Prosedur ini biasanya dilakukan ketika persalinan normal tidak memungkinkan atau berisiko membahayakan ibu dan bayi. Operasi ini menjadi alternatif penting dalam situasi persalinan yang sulit atau berisiko tinggi. Secara umum, *sectio caesarea* merupakan metode medis yang digunakan untuk membantu proses kelahiran secara aman melalui pembedahan².

Secara global, saat ini terjadi peningkatan yang signifikan dalam angka persalinan dengan metode SC di berbagai negara. Peningkatan ini sering kali tidak disertai dengan perbaikan yang sepadan terhadap angka morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal. Sebaliknya, di sejumlah wilayah dengan tingkat pelaksanaan SC yang sangat rendah, justru ditemukan korelasi dengan tingginya angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi²¹.

2.1.2 Indikasi Persalinan *Sectio Caesarea*

Tindakan persalinan melalui *sectio caesarea* (SC) dianjurkan apabila terdapat kondisi medis tertentu yang dapat mengganggu kelancaran proses persalinan secara normal. Gangguan tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kondisi janin (*passenger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan kontraksi rahim (*power*), serta faktor medis lainnya. Meskipun demikian, terdapat pandangan lain yang menyatakan bahwa tidak selalu diperlukan adanya indikasi medis yang bersifat absolut untuk melakukan SC. Prosedur ini dapat menjadi

alternatif apabila ibu mengalami kondisi kritis atau meninggal dunia, maupun apabila janin menghadapi situasi yang mengancam nyawanya. Seiring waktu, muncul tren di masyarakat di mana SC dilakukan meskipun tidak terdapat indikasi medis yang jelas. Peningkatan jumlah tindakan ini tidak hanya disebabkan oleh pertimbangan medis, tetapi juga oleh permintaan dari pasien itu sendiri, walaupun tanpa dasar indikasi medis. Permintaan semacam ini turut memberikan kontribusi terhadap meningkatnya angka persalinan melalui SC²².

2.1.3 Etiologi *Sectio Caesarea*

1. Faktor Ibu

Beragam kondisi yang berasal dari ibu dapat menjadi penyebab utama dilakukannya tindakan persalinan secara *power sectio caesarea* (SC). Beberapa kondisi yang sering menjadi indikasi medis meliputi ketuban pecah dini (KPD) sebelum waktunya, ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu *cephalopelvic disproportion* (CPD), *preeklamsia* berat, plasenta previa, riwayat persalinan sebelumnya dengan metode operasi SC, persalinan yang berlangsung terlalu lama, lepasnya plasenta sebelum waktunya (*solusio plasenta*), serta jumlah air ketuban yang sedikit (*oligohidramnion*). Di antara seluruh faktor tersebut, riwayat persalinan SC sebelumnya merupakan penyebab yang paling umum dijumpai. Pertimbangan dilakukannya SC ulang biasanya bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi serius yang berisiko terhadap keselamatan ibu dan bayi²³.

2. Faktor Janin

Selain faktor ibu, kondisi dari janin juga dapat menjadi alasan utama pelaksanaan persalinan melalui *sectio caesarea* (SC). Beberapa indikasi dari sisi janin mencakup ukuran janin yang melebihi normal, gangguan pada kondisi janin (*gawat janin*), posisi

janin yang melintang, posisi sungsang, serta kehamilan kembar. Di antara semua indikasi tersebut, posisi janin yang melintang sering kali menjadi pertimbangan utama dalam pengambilan keputusan untuk melakukan operasi SC, karena dapat menghambat proses persalinan normal dan meningkatkan resiko bagi ibu maupun janin²³.

2.1.4 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea (SC) adalah prosedur persalinan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding rahim yang masih utuh untuk mengeluarkan bayi dengan berat lebih dari 500 gram. Tindakan ini dilakukan berdasarkan beberapa indikasi, baik dari kondisi ibu maupun janin. Pada ibu, indikasinya meliputi ketidaksesuaian antara kepala bayi dan panggul, gangguan kontraksi rahim, hambatan pada jaringan lunak jalan lahir, plasenta *previa*, persalinan lama atau tidak maju, serta preeklampsia berat. Sementara itu, indikasi dari janin mencakup kondisi gawat janin, ukuran janin yang terlalu besar, atau posisi janin yang melintang. *Pasca* operasi, ibu akan mengalami proses adaptasi, seperti kurangnya pengetahuan akibat keterbatasan informasi dan gangguan fisiologis, seperti produksi ASI (Air Susu Ibu) yang sedikit karena hormon oksitosin yang tidak optimal. Luka bekas operasi juga dapat menjadi pintu masuk kuman, sehingga perlu penanganan dengan antibiotik dan perawatan luka secara steril²⁴.

Nyeri merupakan keluhan utama setelah *sectio caesarea* (SC) akibat sayatan bedah yang mengganggu kenyamanan. Sebelum operasi, anestesi diberikan, baik secara regional maupun umum. Namun, anestesi umum memiliki dampak lebih besar terhadap ibu dan janin. Pada janin, anestesi umum dapat menyebabkan gangguan pernapasan saat lahir, bahkan hingga kematian. Pada ibu, efeknya

dapat berupa lemahnya kontraksi rahim yang menyebabkan perdarahan hebat, gangguan jalan napas akibat peningkatan sekret dan melemahnya kerja silia, serta penurunan fungsi pencernaan akibat motilitas usus yang menurun. Hal ini mengganggu proses pencernaan dan menyebabkan konstipasi serta perubahan pola eliminasi, yang perlu mendapat perhatian dalam asuhan keperawatan²⁴.

2.1.5 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

1. *Sectio caesarea* abdomen

Merupakan prosedur pembedahan transperitoneal yang dilakukan melalui dinding perut dengan membuat insisi pada segmen bawah rahim. Sayatan dapat dilakukan secara melintang maupun memanjang, tergantung kondisi klinis dan pertimbangan medis.

2. *Sectio caesarea vaginalis / peritoneal*

Berdasarkan arah insisi pada rahim, *sectio caesarea* (SC) dapat dibedakan menjadi beberapa teknik, yaitu:

- a. Sayatan memanjang (longitudinal) yang dikenal dengan teknik *kronig*
- b. Sayatan melintang (transversal) menurut teknik *kerr*
- c. Sayatan berbentuk huruf T (*T-incision*) yang merupakan kombinasi dari keduanya

3. *Sectio caesarea* klasik

Teknik ini dilakukan dengan membuat sayatan vertikal pada bagian korpus uteri sepanjang kurang lebih 10 cm. Prosedur ini biasanya digunakan dalam kondisi tertentu seperti kelainan letak plasenta atau janin.

4. *Sectio caesarea ismika (Profunda)*

Pada teknik ini, dibuat sayatan melintang berbentuk cekung pada segmen bawah rahim (*low cervical transverse*) dengan panjang

sekitar 10 cm. Metode ini lebih umum digunakan karena risiko komplikasinya lebih rendah dibandingkan teknik klasik²⁵.

2.1.6 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi meliputi infeksi *puerperal* (masa nifas), perdarahan akibat banyaknya pembuluh darah yang terputus dan terbuka, emboli paru, cedera pada kandung kemih, serta kemungkinan terjadinya ruptur uteri spontan pada kehamilan berikutnya. Selain itu, prosedur bedah *sectio caesarea* (SC) juga meninggalkan luka insisi, yang menyebabkan jaringan tubuh terputus dan menimbulkan luka pada pasien yang menjalani operasi²⁶.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara terencana dan sistematis untuk mengumpulkan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien, baik masa kini maupun sebelumnya²⁷.

1. Anamnesa, identitas pasien, riwayat penyakit, keluhan utama
2. Riwayat kesehatan
 - a. Keluhan utama

Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya rasa nyeri, lokasi luka, biasanya terdapat pada daerah-daerah yang menonjol, misalnya pada daerah abdomen, daerah tangan, telapak kaki.

- b. Riwayat penyakit sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan dirasakan, lokasi keluhan, intensitas lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat dan memperingan serangan, serta keluhan-keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang

dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dan gejala seperti : gatal, panas, mati rasa, *immobilisasi*, nyeri, demam, edema, dan neuropati.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah sebelumnya klien pernah menderita nyeri dada, darah tinggi, *diabetes mellitus*, dan *hyperlipidemia*. Tanyakan obat-obatan yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih *relevan*. Catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu. Tanyakan alergi obat dan reaksi alergi apa yang timbul.

d. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit yang diturunkan seperti : *diabetes mellitus*, alergi, hipertensi, stroke. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, *diabetes mellitus*.

3. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Pada pemeriksaan keadaan umum, kesadaran klien biasanya baik atau *compos mentis* umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

2. BI (*Breathing*)

Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

3. B2 (*Blood*)

Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan atau dalam batas normal tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan katup.

4. B3 (*Brain*)

Kaji adanya hilang gerakan atau sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/kehilangan fungsi. Pergerakan mata atau kejelasan penglihatan, dilatasi pupil. Agitasi berhubungan dengan nyeri atau ansietas.

5. B4 (*Bladder*)

Pengukuran volume *output* urine dan *intake* cairan klien. Perubahan pola kemih seperti inkontinensia urine, *dysuria*, distensi kandung kemih, warna dan bau urine dan kebersihan.

6. B5 (*Bowel*)

Kaji adanya konstipasi, konsisten *feses*, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya anoreksia abdomen, dan nyeri tekan abdomen.

7. B6 (*Bone*)

Aktivitas klien biasanya mengalami perubahan. Kaji adanya berat tiba-tiba mungkin terealisasi pada area jaringan dapat berkurang pada *imobilisasi*, kontraktur atrofi otot, laserasi, kulit dan perubahan warna.

Pemeriksaan fisik ibu

- a. Keadaan umum, meliputi tentang kesadaran, nilai *glasgow coma scale* (GCS) yang berisi penilaian *eye*, *movement*, verbal. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik, kotor, lusuh.
- b. Tanda-tanda vital, meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.

- c. Antropometri , meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil, dan berat badan setelah melahirkan
- d. Pemeriksaan fisik *head to toe*
 - 1) Kepala, observasi bentuk kepala, apakah terdapat lesi atau tidak, persebaran pertumbuhan rambut, apakah terdapat pembengkakan abnormal, warna rambut dan nyeri tekan.
 - 2) Wajah, pada wajah ibu *post partum* biasanya terdapat *chloasma gravidarum* sebagai ciri khas perempuan yang pernah mengandung, apakah terdapat lesi atau tidak, nyeri pada sinus, terdapat edema atau tidak.
 - 3) Mata, observasi apakah pada kongjungtiva merah muda atau pucat, ibu yang baru mengalami persalinan biasanya banyak kehilangan cairan, bentuk mata kiri dan kanan apakah simetris, warna *sclera*, warna pupil dan fungsi penglihatan.
 - 4) Telinga, dilihat apakah ada serumen, lesi, nyeri tekan pada tulang mastoid dan tes pendengaran.
 - 5) Hidung, observasi apakah ada pernafasan cuping hidung, terdapat secret atau tidak, nyeri tekan pada tulang hidung, tes penciuman.
 - 6) Mulut, dilihat apakah ada perdarahan pada gusi, jumlah gigi ada berapa, terdapat lesi atau tidak , warna bibir dan tes pengecap.
 - 7) Leher, pada leher dilihat apakah bentuknya proporsional, apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening atau pembengkakan kelenjar tiroid.
 - 8) Dada, observasi apakah bentuk dada simetris atau tidak, auskultasi suara nafas pada paru-paru dan frekuensi

pernafasan, auskultasi suara jantung apakah ada suara jantung tambahan dan observasi pada payudara, biasanya pada ibu *post partum* payudara akan mengalami pembesaran dan areola menghitam serta normalnya air susu ibu (ASI) akan keluar.

- 9) Abdomen, pada abdomen observasi bentuk abdomen apakah cembung, cekung atau datar. Observasi celah pada diastasis recti, tinggi fundus uteri *pasca* persalinan, pada ibu yang mengalami kehamilan tanda khas pada abdomen terdapat *linea nigra*, observasi juga pada blas apakah teraba penuh atau tidak.
- 10) Punggung dan bokong, dilihat apakah ada kelainan pada tulang belakang, apakah terdapat nyeri tekan.
- 11) Genitalia, observasi perdarahan pervaginam, apakah terpasang dower *cateter*, observasi apakah terdapat luka ruptur, episiotomi bagaimana keadaan luka, bersih atau tidak
- 12) Anus, observasi apakah ada pembengkakan, terdapat lesi atau tidak, apakah terdapat hemoroid
- 13) *Ekstremitas* atas: pada *ekstremitas* atas dilihat tangan kiri dan kanan simetris atau tidak, terdapat lesi atau tidak, edema, observasi juga apakah ada nyeri tekan serta *range of motion* (ROM).
- 14) Bawah pada *ekstremitas* bawah diobservasi apakah terdapat varises, edema, pergerakan kaki serta *range of motion* (ROM)

Pemeriksaan fisik bayi

- 1) Keadaan umum, meliputi tampilan, kesadaran bayi yang dinilai menggunakan APGAR score.
- 2) Antropometri, meliputi pemeriksaan berat badan bayi, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas serta lingkar abdomen.
- 3) Pemeriksaan fisik *head to toe*, pada pemeriksaan fisik pada bayi diobservasi apakah ada kelainan pada kepala, seperti bentuknya, warna rambut apakah terdapat lesi, kemudian dilihat pada wajah apakah bentuk mata hidung mulut proporsional atau tidak, observasi bentuk telinga kanan dan kiri, bentuk leher apakah ada pertumbuhan abnormal, observasi bentuk dada dan abdomen auskultasi pada suara jantung dan suara nafas apakah ada penambahan suara atau tidak, bentuk punggung dan bokong, genetalia apakah terdapat kelainan, observasi anus serta ekstremitas atas dan bawah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menggambarkan respon klien, baik yang sedang terjadi (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial), terhadap kondisi kesehatannya. Pernyataan ini disusun oleh perawat yang memiliki kewenangan dan kompetensi yang sesuai. Respon-respon tersebut diperoleh melalui proses pengkajian yang mencakup data dasar pasien, penelusuran literatur yang relevan, riwayat medis sebelumnya, serta hasil kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain²⁸.

Menurut SDKI DPP PPNI (2016)²⁹, diagnosa keperawatan yang muncul menurut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077. Hal 172)
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan primer tubuh yang tidak adekuat (D.0129. Hal 282)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D.0142. Hal 304)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055. Hal 126)
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot (D.0056. Hal 128)
6. Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan. Pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler. (D.0039. Hal 92)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien sesuai dengan diagnosis yang telah ditentukan dengan tujuan untuk terpenuhinya kesehatan pasien³⁰.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan³¹

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077. Hal 172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan nyeri dapat terkontrol dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri pasien menurun (5). 2. Meringis pasien menurun (5) 3. Skala nyeri berkurang 0-3 4. Kegelisahan pasien menurun (5) 5. Ketegangan otot	Manajemen nyeri (I.08238, hal 201) Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, dan frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri secara non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

		pasien (5)	7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
		6. Kesulitan tidur pasien menurun	8. Monitor efek samping penggunaan analgesik.
		7. Kemampuan menuntaskan aktivitas pasien meningkat (5)	Terapeutik :
		8. Ttv dalam batas normal	1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur
			4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			Edukasi :
			1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
			2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
			3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
			4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
			5. Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian analgesik
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan (D.0129 Hal 282)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan keutuhan kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Suhu kulit membaik (5) 2. Sensasi kulit membaik (5) 3. Tekstur kulit membaik (5) 4. Nyeri menurun (5) 5. Kemerahan pada kulit menurun (5) 6. Elastisitas kulit meningkat (5)	Perawatan luka (I.I4564, hal 328) Observasi : 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut didaerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah

		eksudat dan drainase
		9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien
		10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg/BB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/hari
		11. Berikan suplemen vitamin dan mineral
		12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu
		Edukasi :
		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
		3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
		Kolaborasi :
		1. Kolaborasi prosedur debridement
		2. Kolaborasi pemberian antibiotik
		Pencegahan infeksi (I.I4539, hal 278)
		1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
		Terapeutik :
		1. Batasi jumlah pengunjung
		2. Berikan perawatan kulit pada area edema
		3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
		Edukasi :
		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		3. Ajarkan etika batuk
		4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
		5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
		6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
3	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D.0142. Hal 304)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pasien mengetahui dan mencegah resiko infeksi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mampu mengidentifikasi resiko meningkat (5) 2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat (5) 3. Kemampuan pasien mengubah perilaku meningkat (5) 4. Kemampuan pasien menghindari faktor resiko meningkat (5) 5. Kemampuan mengenali perubahan status kesehatan meningkat (5)

4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur pasien kembali dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan sering terjaga menurun (5) 3. Keluhan tidak puas tidur pasien menurun (5) 4. Keluhan pola tidur pasien berubah menurun (5) 5. Keluhan istirahat tidur cukup menurun (5) 6. Kemampuan beraktivitas pasien meningkat (5)	Dukungan tidur (I.05174, hal 48) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik : 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi : 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 6. Ajarkan teknik relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya.
5	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot (D.0056, Hal 128)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilisasi fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot pasien cukup meningkat.(5) 2. Rentang gerak pasien cukup meningkat.(4) 3. Nyeri menurun.(5)	Dukungan Mobilisasi (1.05173, hal 30) Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik :

		4. Kecemasan pasien menurun. (5) 5. Kelemahan fisik menurun. (5) 6. Gerakan terbatas pasien menurun. (5) 7. Kekakuan sendi menurun. (5)	1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
6	Resiko Syok Hipovolemik berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan, pindahnya cairan intravaskuler ke ekstrasvaskuler. (D.0039)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat (5) 2. <i>Output</i> urine meningkat. (5) 3. Tingkat kesadaran meningkat. (5) 4. Pucat pada wajah pasien menurun. (5) 5. Tekanan nadi membaik. (5) 6. Mean arterial pressure membaik. (5) 7. Frekuensi napas membaik. (5) 8. Frekuensi nadi membaik (5)	Manajemen syok hipovolemik (1.02050. hal. 222) Observasi : 1. Monitor status kardiopulmonal 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan 4. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS Terapeutik : 1. Pertahankan jalan nafas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 3. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 4. Lakukan penekanan langsung (<i>direct pressure</i>) pada perdarahan eksternal 5. Berikan posisi syok 6. Pasang jalur IV berukuran besar 7. Pasang kateter urine untuk dekompresi lambung 8. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada orang dewasa 2. Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 mL/kgBB pada anak 3. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan

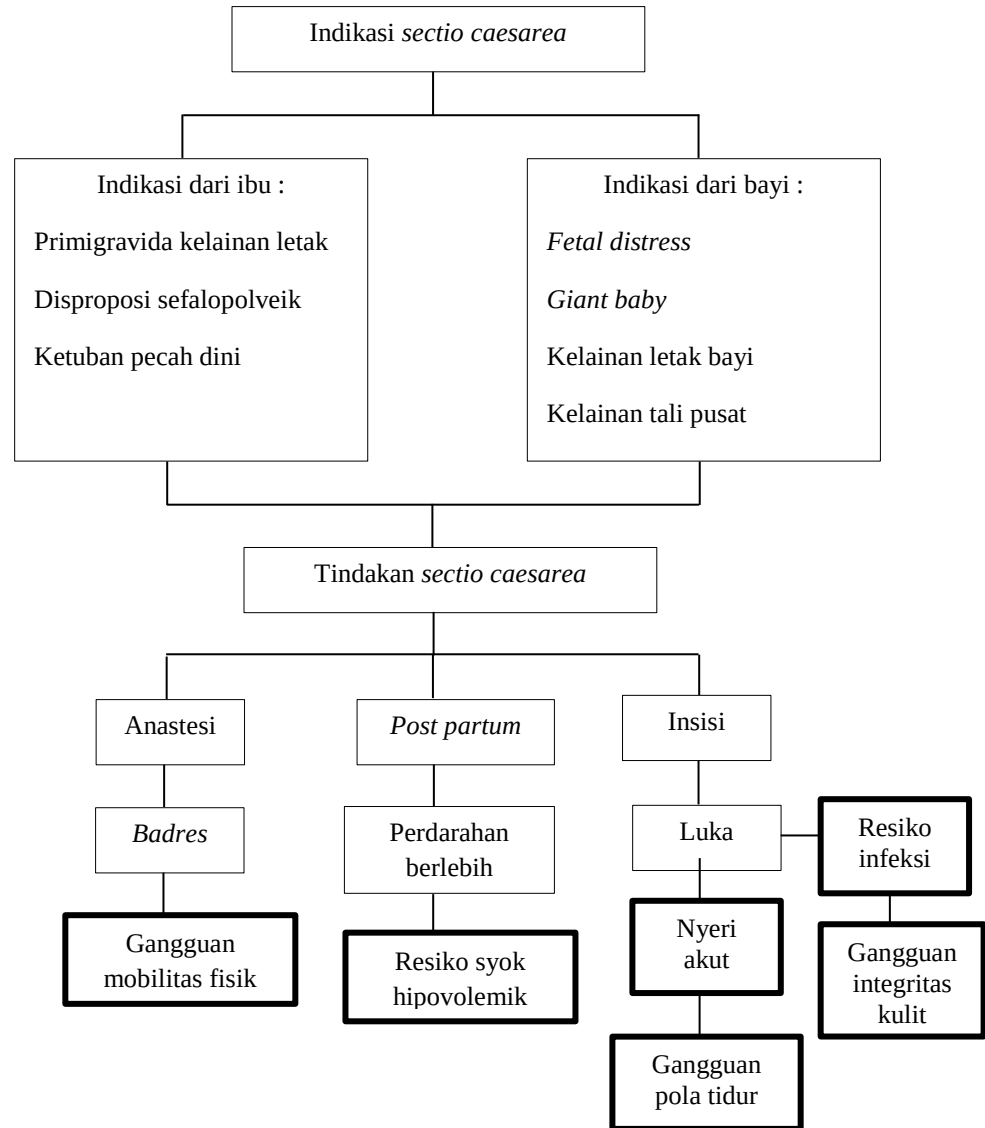
Implementasi merupakan tahap pelaksanaan dari rencana yang telah disusun guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses ini bertujuan untuk membantu pasien meraih hasil yang diharapkan melalui tindakan-tindakan spesifik yang ditujukan untuk mengubah atau memperbaiki faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatannya³².

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses untuk menilai sejauh mana perubahan kondisi pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan, dengan membandingkannya terhadap tujuan dan kriteria yang telah dirancang sebelumnya. Dalam proses ini, perawat menelaah kembali reaksi pasien terhadap tindakan yang telah diberikan dan menilai apakah intervensi tersebut sesuai atau perlu disesuaikan. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan guna memastikan apakah rencana keperawatan berjalan efektif, perlu diperbaiki, diteruskan, atau dihentikan³².

Terdapat dua bentuk evaluasi yang umum digunakan, yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan setelah setiap tindakan keperawatan selesai, berfokus pada penyebab masalah, dan terus dilaksanakan hingga tujuan tercapai. Sedangkan evaluasi hasil dilaksanakan setelah seluruh rangkaian tindakan selesai, bertujuan menilai keberhasilan atau kegagalan intervensi, serta menyimpulkan kondisi akhir pasien berdasarkan waktu yang telah ditetapkan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP³².

2.2.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway Teori

(Sumber : Nurarif & Hardhi, 2015)³³

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Secara umum, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan, baik yang nyata maupun yang berpotensi terjadi. Dalam beberapa kasus, individu dapat merasakan nyeri meskipun tidak ditemukan kerusakan jaringan yang jelas, dan kondisi ini dapat berlangsung dalam jangka waktu yang lama, bahkan berbulan-bulan hingga menahun³⁴.

Nyeri merupakan respons alami tubuh sebagai tanda adanya gangguan atau potensi masalah kesehatan. Namun, pada kondisi tertentu, nyeri dapat menetap secara terus-menerus, menimbulkan ketidaknyamanan, dan mengganggu kualitas hidup. Nyeri yang bersifat kronis atau berulang bahkan dapat dianggap sebagai masalah kesehatan tersendiri yang menyerupai suatu bentuk penyakit³⁵.

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan durasinya, nyeri dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis³⁴.

1. Nyeri akut

adalah nyeri yang muncul sebagai respons terhadap kerusakan jaringan, baik yang terjadi secara mendadak maupun bertahap, dengan tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan berlangsung selama tiga bulan atau kurang.

2. Nyeri kronis

merupakan nyeri dengan karakteristik serupa, namun terjadi dalam jangka waktu lebih dari tiga bulan, dan sering kali berdampak terhadap fungsi fisik serta kondisi psikologis penderita.

2.3.3 Etiologi Nyeri

Secara garis besar, penyebab nyeri terbagi menjadi dua kelompok utama, yaitu penyebab yang bersifat fisik dan yang berasal dari faktor psikologis. Nyeri yang dipicu oleh kondisi psikologis tidak muncul akibat cedera tubuh secara langsung, melainkan merupakan dampak dari tekanan emosional atau trauma mental yang mempengaruhi tubuh secara fisik. Sementara itu, nyeri fisik muncul akibat cedera atau gangguan, baik yang bersifat mekanik, panas (termal), maupun kimiawi³⁶.

terdapat tiga faktor penyebab utama, yaitu:

1. Neoplasma, yakni pertumbuhan sel abnormal yang dapat menyebabkan rasa sakit.
2. Zat kimia, seperti luka akibat bahan kimia yang bersifat merusak atau mengiritasi jaringan.
3. Faktor fisik, misalnya *abses*, amputasi, luka bakar, luka karena benda tajam, mengangkat benda berat, operasi, cedera fisik, atau olahraga berlebihan.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Budaya dan latar belakang etnis

Nilai-nilai budaya berperan penting dalam cara individu mengekspresikan nyeri. Beberapa budaya menganggap menunjukkan rasa sakit sebagai hal yang wajar, sementara budaya lain mendorong sikap tertutup dalam menanggapi nyeri. Pola sosialisasi dalam budaya tersebut sangat mempengaruhi respons psikologis seseorang terhadap nyeri.

2. Usia dan tahap perkembangan

Respon dan ekspresi terhadap nyeri sangat dipengaruhi oleh usia dan tahap perkembangan. Setiap kelompok usia memiliki

perbedaan dalam persepsi dan cara mengekspresikan rasa sakit yang dialami.

3. Lingkungan dan dukungan sosial

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan tinggi, pencahayaan berlebihan, serta aktivitas yang padat dapat memperparah persepsi nyeri. Dukungan dari orang terdekat juga dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan individu dalam menghadapi nyeri.

4. Kecemasan dan stress

Rasa cemas dan stres sering menyertai nyeri dan dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan. Individu yang merasa tidak mampu menghadapi situasi atau nyeri akan merasakan ketidaknyamanan lebih besar, sementara mereka yang yakin dapat mengatasinya biasanya menunjukkan toleransi nyeri yang lebih baik³⁷.

2.3.5 Pengukuran Derajat Nyeri

1. *Numeric rating scale* (NRS)

Skala penilaian numerik (NRS) digunakan untuk menilai tingkat nyeri dengan rentang angka dari 0 sampai 10. Angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri sama sekali, sedangkan angka 10 menggambarkan nyeri paling hebat yang dapat dirasakan. Pasien diminta untuk memilih angka yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang mereka alami.

2. *Visual analogue scale* (VAS)

Skala visual analog (VAS) adalah alat pengukuran satu dimensi untuk menilai intensitas nyeri. VAS biasanya berupa garis lurus sepanjang 10 cm (100 mm), baik horizontal maupun vertikal. Ujung satu garis mewakili kondisi tanpa nyeri (0 mm) dan ujung lainnya menunjukkan nyeri paling parah (100 mm). Pasien memberi tanda pada titik di sepanjang garis tersebut yang

menggambarkan intensitas nyeri mereka. Skor dihitung berdasarkan jarak dari titik nol, dan semakin jauh tandanya, semakin tinggi intensitas nyeri yang dirasakan.

3. Verbal *descriptor scale* (VDS) atau verbal *rating scale* (VRS)
Skala verbal ini merupakan metode penilaian nyeri berdasarkan deskripsi atau kata-kata. Pasien diminta untuk memilih satu dari beberapa deskripsi yang menggambarkan tingkat nyeri mereka, mulai dari “tidak ada nyeri”, “ringan”, “sedang”, hingga “berat”. Jumlah deskriptor dapat bervariasi, umumnya antara 4 hingga 15 pilihan. Skala ini memudahkan pasien dalam menilai dan menyampaikan nyeri mereka, sehingga mempermudah tenaga kesehatan dalam mengevaluasi dan memberikan perawatan yang tepat³⁸.

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu³⁹

1. Terapi farmakologi

Penggunaan terapi farmakologi terbukti efektif dalam mengurangi intensitas nyeri. Namun, metode ini dapat menimbulkan efek samping tertentu, seperti gangguan pada pusat pernapasan yang terletak di medula *oblongata*, serta masalah pada sistem pencernaan seperti terbentuknya luka pada lambung dan terjadinya perdarahan.

2. Terapi non farmakologi

Intervensi non farmakologi merupakan pendekatan yang dapat dilakukan oleh tenaga keperawatan dalam membantu pasien mengelola nyeri. Beberapa teknik yang sering digunakan antara lain kompres hangat atau dingin, teknik distraksi, visualisasi terbimbing, hipnosis, akupunktur, pijatan, serta berbagai metode

relaksasi. Salah satu teknik relaksasi yang dapat diterapkan adalah relaksasi genggam jari, yang melibatkan penggunaan jari tangan dan dipercaya berkaitan dengan keseimbangan energi dalam tubuh. Metode ini dikenal pula dengan istilah *finger hold* dan dapat dilakukan dengan mudah oleh siapa saja.

2.4 Konsep Terapi Genggam Jari

2.4.1 Definisi Terapi Genggam jari

Teknik relaksasi genggam jari merupakan perpaduan antara latihan pernapasan dalam dan gerakan menggenggam jari-jari tangan. Metode ini menghasilkan sensasi nyaman yang mampu memberikan ketenangan secara fisik dan mental, sehingga dapat membantu meningkatkan kemampuan individu dalam mentoleransi rasa nyeri⁴⁰.

2.4.2 Tujuan Terapi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, kecemasan, ketakutan, serta perasaan panik dan tidak nyaman. Teknik ini juga bermanfaat untuk memberikan rasa tenang pada tubuh, membantu menstabilkan emosi, menenangkan pikiran, dan memperlancar aliran darah. Metode ini bekerja dengan melepaskan ketegangan fisik maupun mental, sehingga dapat meningkatkan kemampuan tubuh dalam menghadapi rasa nyeri. Aktivitas menggenggam jari yang disertai dengan pernapasan dalam mampu menurunkan ketegangan emosi dan fisik, karena diyakini dapat merangsang titik-titik energi yang terdapat pada meridian di jari tangan. Stimulasi ini memungkinkan terjadinya modulasi nyeri, karena sinyal relaksasi yang ditimbulkan lebih cepat dan lebih kuat mencapai otak. Relaksasi genggam jari mudah dilakukan secara mandiri dan dapat digunakan sebagai cara praktis untuk meredakan ketegangan dalam aktivitas sehari-hari³⁹.

2.4.3 Manfaat Terapi Genggam Jari

Relaksasi dengan teknik genggam jari efektif dalam mengurangi rasa nyeri, kecuali pada mereka yang memiliki luka di area telapak tangan atau kaki, di mana terapi ini tidak disarankan. Teknik ini membantu menurunkan nyeri dengan memperlancar aliran darah dan mengaktifkan otot-otot perut, sehingga memicu penurunan sensasi nyeri⁴¹.

2.4.4 Langkah Latihan Terapi Genggam jari

1. Posisikan pasien dalam keadaan nyaman, baik dalam posisi berbaring atau duduk.
2. Mulai teknik relaksasi dengan menggenggam ibu jari secara perlahan hingga terasa denyut nadi.
3. Tutup mata, lalu lakukan pernapasan relaksasi : tarik napas secara perlahan dan dalam melalui hidung selama 4 detik, tahan selama 4 detik, lalu hembuskan perlahan melalui mulut selama 6 detik. Ulangi pola ini selama proses relaksasi berlangsung.
4. Genggam ibu jari selama 3–5 menit sambil tetap melakukan pernapasan relaksasi. Setelah itu, lanjutkan ke jari berikutnya satu per satu (telunjuk, tengah, manis, dan kelingking), dengan durasi yang sama untuk masing-masing jari.
5. Tindakan ini dapat dilakukan 2–3 kali sehari, selama tiga hari berturut-turut atau sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien⁴².

2.5 Keaslian Penelitian /Evidence Based Nursing

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian/ Evidence Based Nursing

No	Judul	Nama Peneliti	Metode	Hasil
1	Pengaruh Relaksasi Genggam Jari terhadap Pasien Pasca	Erni Hernawati, Anita Sukmawati, Irma Mulyani	1. Kuasi eksperimen 2. Desain <i>one group pre test-post test</i> 3. Sampel: 30 ibu	1. Rata-rata nyeri sebelum intervensi: skala 5 2. Setelah

	Operasi untuk Penurunan Nyeri <i>Sectio Caesarea</i> ¹⁸ .		<i>pasca</i> SC di RS Advent Bandung	intervensi: skala menurun ke 3
			4. Teknik sampling: <i>purposive</i>	Kesimpulan : Relaksasi genggam jari efektif menurunkan nyeri <i>pasca</i> operasi <i>sectio caesarea</i> (SC).
			5. Instrument: <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i>	
			6. Intervensi: relaksasi genggam jari selama 30 menit	
2	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien <i>Post Operasi Sectio Caesarea</i> di RST TK. IV. 01.07.0 Pematangsiantar ¹⁹ .	Elisa Afpriani Simanungkalit, Nabilah Siregar	1. Deskriptif studi kasus 2. Jumlah responden: 2 ibu <i>post sectio caesarea</i> (SC) 3. Lokasi: Ruang Dahlia, RST Pematangsiantar 4. Durasi: 1 minggu (11–18 Mei 2024) 5. Intervensi: Teknik relaksasi genggam jari 2–3 kali/hari selama 15–30 menit	1. Klien I: Nyeri menurun dari skala 6 menjadi 2 2. Klien II: Nyeri menurun dari skala 7 menjadi 3 Kesimpulan : Teknik relaksasi genggam jari efektif menurunkan intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> (SC).
3	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien <i>Post Op Sectio Caesarea</i> di RSIA Sitti Khadijah Kota Gorontalo ¹⁶ .	Harismayanti, Junita Djojohikrat, Jumriaty Thalib (Universitas Muhammadiyah Gorontalo)	Deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus pada 4 pasien <i>post</i> SC. Teknik relaksasi genggam jari diterapkan selama 1 hari. Pengukuran nyeri menggunakan <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> sebelum dan sesudah intervensi.	Penurunan intensitas nyeri pada seluruh pasien: 1. Ny. A.P: dari skala 6 menjadi 5 2. Ny. S.A: dari skala 5 menjadi 4 3. Ny. R.U: dari skala 5 menjadi 3 4. Ny. T.A: dari skala 4 menjadi 3 Teknik relaksasi genggam jari terbukti efektif menurunkan nyeri <i>post</i> operasi <i>sectio caesarea</i> (SC).
4	Penerapan Relaksasi Genggam Jari terhadap Nyeri pada Pasien <i>Pasca Operasi Sectio</i>	Desi Nurhidayah, Ika Silvitasari (Univ. 'Aisyiyah Surakarta)	Studi kasus deskriptif pada 2 pasien <i>post</i> -SC. Teknik relaksasi dilakukan 2 hari, masing-masing sesi 30 menit, dan skala nyeri diukur dengan <i>Numeric</i>	Terjadi penurunan nyeri: 1. Ny. A: 5 menjadi 3 2. Ny. D: 6 menjadi 3 Teknik ini terbukti

	Caesarea di Kelurahan Pucangsawit ²⁰ .		Rating Scale (NRS).	menurunkan skala nyeri dari sedang ke ringan.
5	Pengaruh Teknik Genggam Jari (<i>Finger Hold</i>) terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Operasi <i>Post Sectio Caesarea</i> (SC) di RSUD Sembiring Tahun 2024 ⁴³ .	Maria Hermita Manik, Meta Rosaulina (Institut Kesehatan Deli Husada)	Pra-eksperimental, <i>one group pre-post test</i> , 28 responden. Intervensi selama 3 hari.	Rata-rata nyeri: 1. <i>Pre-test</i> : 4,00 2. <i>Post-test</i> : 0,29 75% responden tidak merasakan nyeri setelah terapi. Terdapat pengaruh signifikan
6	<i>The Effect of Finger-Grip Relaxation Technique on Post Cesarean Section Pain</i> ⁴⁴	Shinta Novelia, Tommy J. Wowor, Novia Mulia (Universitas Nasional, Indonesia)	Quasi-eksperimental, <i>pre-test post-test control group design</i> , 20 pasien (10 eksperimen, 10 kontrol), RSUD Prikasih Jakarta, pengukuran nyeri dengan Wong-Baker Face Rating Scale.	1. Skor nyeri <i>pre-post</i> eksperimen: 7.9 menjadi 5.6 2. Skor nyeri kontrol: 8.6 Terdapat pengaruh signifikan teknik <i>finger-grip</i> dalam menurunkan nyeri <i>post sectio caesarea</i> (SC).
7	<i>Effect of Finger Handheld Relaxation Technique on Incisional Pain Intensity among Post Caesarean Women</i> ⁴⁵ .	Hanan Abd Elmhody Emara, Azza Ibrahim, Abd El-Kader, Eman Ahmed Gouda Ahmed (Zagazig University, Mesir)	Quasi-eksperimen dengan grup kontrol. Jumlah sampel: 102 ibu <i>post SC</i> (51 eksperimen, 51 kontrol). Intervensi dilakukan setiap 6 dan 12 jam selama 30–50 menit. Penilaian nyeri menggunakan <i>Numerical Rating Scale</i> (NRS).	Terdapat penurunan nyeri yang signifikan pada kelompok eksperimen: 1. Nyeri berat turun dari 49% menjadi 13.7% 2. Nyeri ringan naik dari 7.8% menjadi 43.1%
8	<i>Effect of Handheld Finger-Grip Relaxation Technique and Guided Imagery for Managing Postoperative Pain</i> ⁴⁶ .	Afifah Nur Fitri Widyasari, Arina Maliya (Universitas Muhammadiyah Surakarta)	Studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. 5 pasien <i>post operasi</i> laparatomi. Intervensi dilakukan selama 3 hari berturut-turut, tiap sesi ±15 menit, menggunakan teknik relaksasi genggam jari + <i>guided imagery</i> .	Semua pasien mengalami penurunan nyeri dari sedang/berat menjadi ringan: 1. Hari 1: rata-rata skala 6 menjadi 4 2. Hari 2: rata-rata skala 4 menjadi 3 3. Hari 3: rata-rata skala 3 menjadi 1 Teknik kombinasi

			Pengukuran nyeri menggunakan <i>numeric rating scale</i> (NRS) sebelum dan sesudah intervensi.	terbukti efektif dalam menurunkan nyeri <i>post</i> operasi.
9	<i>The Effect of Finger Hold Relaxation Technique on Pain Intensity in Post-Caesarean Section Surgery Patients in the Crysant Room at dr. Abdul Rivai Hospital Berau Regency</i> ⁴⁷ .	Mariatul Kiptiah, Heni Purwanti, Tuti Meihartati, Eka Frenty Hadiningsih (Wiyata Husada Samarinda Institute of Health and Science Technology)	Quasi-eksperimental (<i>pre-test post-test one group design</i>), 34 ibu <i>post</i> -SC. Intervensi: teknik <i>finger hold</i> selama 3 kali dalam 1 hari (20 menit total), 4 jam <i>pasca</i> operasi. Pengukuran menggunakan VAS, analisis <i>Wilcoxon</i> .	1. Median nyeri sebelum intervensi: 8 (berat) 2. Setelah intervensi: 6 (sedang) 31 dari 34 pasien mengalami penurunan nyeri. Teknik efektif sebagai alternatif non farmakologis penurun nyeri <i>post sectio caesarea</i> (SC).
10	<i>Overview of the Implementation of Finger Grasping to Reduce Pain in Post Sectio Caesarea Patients at RSUD Prof Dr W. Z. Johannes Kupang</i> ²⁷ .	Qrenquar Maima, Meiyeriance Kapitan, Simon Sani Kleden (Poltekkes Kemenkes Kupang)	Studi kualitatif deskriptif (studi kasus), 2 pasien <i>post sectio caesarea</i> (SC). Intervensi: teknik <i>finger grasping</i> 3 hari berturut-turut, durasi 10–15 menit/hari. Pengukuran menggunakan Wong-Baker <i>Faces Scale</i> .	1. Ny. D: Skala nyeri 7 menjadi 1 (berat menjadi ringan) 2. Ny. M: Skala nyeri 8 menjadi 2 (berat menjadi ringan) Teknik efektif menurunkan nyeri secara signifikan. Disarankan diterapkan mandiri oleh pasien dan keluarga.

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Data Umum

Ny. D, seorang ibu rumah tangga berusia 27 tahun, beragama Islam dan berasal dari suku Melayu yang tinggal di Jambi. Ia menikah dengan Tn. D, pria berusia 34 tahun yang bekerja di sektor swasta. Keduanya menempuh pendidikan terakhir hingga tingkat SMA. Pasien datang ke fasilitas kesehatan dalam keadaan sadar penuh *compos mentis* (CM), dengan kondisi umum yang baik.

3.1.2 Riwayat Obstetri Dan Ginekologi

1. Kehamilan dan persalinan sebelumnya

Ny. D pernah hamil dan melahirkan satu kali sebelumnya, yaitu pada tahun 2013 melalui tindakan operasi *sectio caesarea*. Persalinan ditolong oleh dokter dan perawat. Bayi yang dilahirkan berjenis kelamin perempuan dengan berat lahir 2,5 kg dalam keadaan sehat tanpa adanya komplikasi nifas.

2. Kehamilan Saat Ini

Pada kehamilan kedua ini, Ny. D rutin melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak sembilan kali (sekitar satu kali per bulan) dan tidak ditemukan masalah selama kehamilan. Pasien melahirkan melalui *sectio caesarea* elektif pada tanggal 31 Mei 2025 pukul 15.30 WIB. Bayi yang dilahirkan berjenis kelamin perempuan dengan berat badan 4,2 kg, panjang badan 48 cm, kondisi baik (nilai APGAR 9). Jumlah perdarahan intraoperatif sekitar 400 ml, tergolong normal. Tidak ditemukan komplikasi pada proses persalinan maupun masa nifas.

3. Riwayat Ginekologi

Pasien tidak memiliki riwayat gangguan ginekologi. Menyatakan siklus haid normal dan teratur. Sebelum kehamilan ini, pasien pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD (ayudi) selama kurang lebih empat tahun.

3.1.3 Data Kesehatan Fisik Saat Ini

1. Status obstetri

Status obstetri pasien adalah P2A0H2 (2 persalinan hidup, tanpa abortus). Bayi rawat gabung dengan ibu. Kondisi umum baik, dengan tanda vital stabil: tekanan darah 105/80 mmHg, nadi 85 x/menit, suhu 35°C, dan respirasi 20 x/menit. Berat badan saat ini adalah 68 kg dan tinggi badan 150 cm.

2. Pemeriksaan sistematis

1) Kepala dan Leher

Kepala berbentuk bulat, rambut hitam dan tebal. Mata dengan pupil isokor dan reaktif, konjungtiva tidak anemis. Hidung tidak menunjukkan tanda infeksi atau alergi. Mulut bersih tanpa lesi, mukosa bibir tampak kering, gigi putih, tidak ada keluhan mengunyah. Telinga bersih, tidak berbau, tanpa serumen dan pendengaran baik. Leher tidak menunjukkan pembesaran kelenjar tiroid atau vena jugularis.

2) Dada

Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar normal. Paru-paru dengan suara napas vesikuler dan tidak terdapat retraksi dada. Payudara membesar sesuai proses laktasi, tanpa benjolan atau nyeri tekan. ASI keluar lancar, puting susu timbul, berwarna kecoklatan tanpa luka atau lecet.

3) Abdomen

Uterus teraba keras setinggi pusat, menunjukkan proses involusi

yang baik. Kandung kemih dalam kondisi baik, kateter urine dilepas pada hari pertama, urine jernih dan jumlah adekuat. Tidak terdapat distensi atau retensi urin. Fungsi pencernaan baik, nafsu makan baik, tanpa keluhan konstipasi atau diare. Tidak ditemukan adanya diastasis rektus abdominis.

4) Genital dan Perineum

Terdapat luka operasi SC berukuran ± 10 cm yang bersih dan kering. Tidak ditemukan edema, memar, atau hematoma pada area luka. Luka rubra berjumlah sedikit, konsistensi cair. Tidak terdapat hemoroid.

5) Ekstremitas

Tidak ditemukan edema, nyeri, maupun varises pada ekstremitas atas dan bawah.

6) Eliminasi

BAK 4–5 kali/hari, sesuai dengan kebiasaan sebelumnya. BAB 1 kali/hari tanpa keluhan konstipasi.

7) Istirahat dan Kenyamanan

Pola tidur baik, tidur malam nyenyak selama 7–8 jam (pukul 22.00–06.00), dan tidur siang 1–2 kali sehari selama 30–60 menit. Tidur hanya sesekali terganggu karena menyusui. Tidak ada keluhan ketidaknyamanan.

8) Mobilisasi dan Latihan

Pasien sudah melakukan mobilisasi ringan seperti duduk dan berjalan ke kamar mandi. Telah memulai latihan senam nifas tanpa hambatan.

9) Nutrisi dan Cairan

Asupan nutrisi cukup, sudah bisa mengonsumsi makanan lunak dan padat (nasi, lauk, sayur). Asupan cairan juga cukup, yaitu

sekitar 1500–2000 mL per hari. Tidak ditemukan gangguan nutrisi atau hidrasi.

10) Status Mental

Secara psikologis, pasien tampak tenang, stabil emosional, dan menunjukkan kesiapan merawat bayi. Pasien menerima kehadiran bayi dengan baik, menunjukkan afeksi saat menyusui dan melakukan kontak kulit-ke-kulit.

11) Kemampuan Menyusui

Ibu sudah mulai menyusui dengan lancar. Produksi ASI mulai keluar, posisi dan perlekatan menyusui baik. Pasien tampak percaya diri dan antusias. Edukasi tentang posisi menyusui *pasca* SC dan pentingnya rawat gabung telah diberikan.

3.1.4 Terapi Farmakologis

Ny. D mendapat terapi farmakologis berupa infus NaCl 0,9% 500 ml IV drip untuk rehidrasi dan pelarut obat. Untuk mengatasi nyeri *pasca* operasi, diberikan ketorolac 30 mg IV dan asam mefenamat 500 mg oral, masing-masing tiga kali sehari. Sebagai profilaksis infeksi, pasien menerima cefadroxil 500 mg oral dua kali sehari dan ceftriaxone 1 g IV tiga kali sehari. Selain itu, ranitidine 50 mg IV dua kali sehari diberikan untuk mencegah iritasi lambung akibat obat-obatan *pasca* operasi.

3.1.5 Proses dan Jenis Persalinan

Persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* elektif. Tidak melalui kala I dan II, sedangkan kala III berlangsung selama ± 5 menit. Ketuban pecah sekitar 3 jam sebelum operasi, kondisi jernih dan tidak berbau. Tidak ditemukan komplikasi pada ibu maupun bayi. Kondisi bayi saat lahir bayi lahir tunggal pada tanggal 31 Mei 2025, tanpa tindakan resusitasi. Berat plasenta 600 gram, ukuran 20x18x2,5 cm, tali pusat sepanjang 55 cm dengan jumlah pembuluh darah normal (2 arteri dan 1 vena). Tidak ditemukan kelainan pada plasenta. Nilai APGAR 9 dengan rincian:

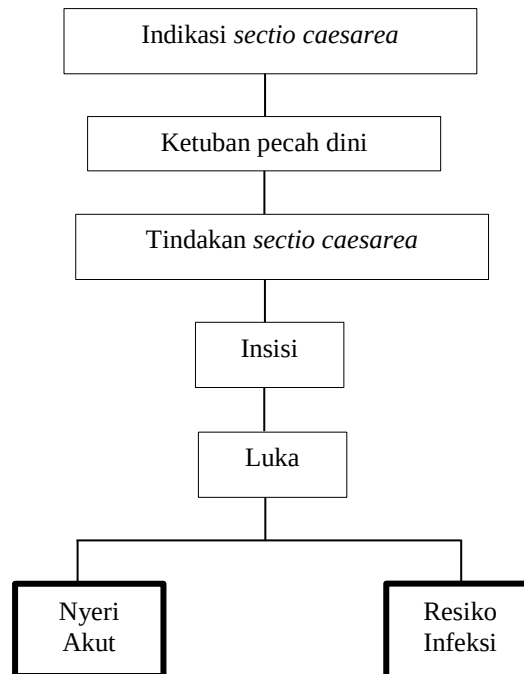
denyut jantung (2), napas (2), tonus otot (2), refleks (1), dan warna kulit (2).

3.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
Hematologi			
Wbc	8.81	5.00-11.60	Normal
LYM%	18.5	19.1-84.5	Sedikit di bawah normal
MID	5.5	4.5-12.1	Normal
GRA%	76.0	43.6-73.4	Sedikit meningkat
LYM	1.63	1.30-4.00	Normal
MID	0.48	0.30-1.00	Normal
GRA	6.70	2.40-7.60	Normal tinggi
HGB	9.6	11.5-17.3	Rendah
MCH	21.0	27.5-32.4	Rendah
MCHC	34.5	31.7-34.2	Sedikit tinggi
MCV	60.9	84.0-98.0	Rendah
RBC	4.56	3.79-5.78	Normal
RDWS	28.3	36.2-49.7	Rendah
RDWC	17.3	11.1-14.0	Tinggi
HCT	27.78	34.00-53.90	Rendah
PLT	276	156-342	Normal
PCT	0.23	0.16-0.36	Normal
PDWS	14.4	11.1-19.7	Normal
PDWC	42.2	37.8-43.6	Normal
MPV	8.4	8.3-12.1	Normal
P-LCC	86	55-139	Normal
P-LCR	31.34	25.30-53.80	Normal
Kimia Klinik			
Gula Darah Sewaktu	118	<200	Normal

3.1.7 Pathway Kasus



Gambar 3.1 Pathway Kasus

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
DS : 1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas <i>post sectio caesarea</i> (SC) 2. P : Nyeri bertambah ketika bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada bagian perut S : 5 (nyeri sedang) T : Nyeri hilang timbul	Agan pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)

DO :

1. Pasien tampak meringis
2. Pasien tampak gelisah
3. Pasien tampak bersikap protektif
4. TTV
Td : 115/85
Nadi : 85 x/menit
RR : 20 x/menit
S : 36,5 °C

DS :

Prosedur invasive

Resiko infeksi (D.0142)

1. Klien mengatakan nyeri pada bagian luka *post sectio caesarea* (SC)
2. Klien mengatakan luka *post sectio caesarea* (SC) belum pernah dilakukan perawatan luka

DO :

1. Klien *post sectio caesarea* (SC) hari ke 1
 2. Klien tampak meringis
 3. Terdapat luka *post SC* kurang lebih 10 cm
 4. Tanda-tanda infeksi
Rubor : Nyeri skala 5 (Nyeri sedang)
Kalor : Suhu pada luka 36 °C
Dolor : Tidak terdapat kemerahan
Fungsi laes : Nyeri saat bergerak
-

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu trauma jaringan akibat tindakan pembedahan *sectio caesarea* (SC). Pasien mengeluhkan rasa nyeri yang terasa menusuk pada bagian perut, tepatnya di area bekas sayatan operasi. Nyeri ini *semakin* terasa ketika pasien melakukan pergerakan, seperti berganti posisi atau mencoba berjalan. Pasien menyatakan

bahwa intensitas nyeri berada pada skala 5, yang menunjukkan nyeri sedang, dan bersifat hilang timbul. Secara klinis, pasien tampak meringis dan menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan seperti gelisah dan bersikap protektif terhadap area luka. Tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 115/85 mmHg, nadi 85 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C

2. Gangguan integritas jaringan kulit yang berhubungan dengan prosedur invasif, yakni tindakan *sectio caesarea* yang baru saja dilakukan. Pasien menyatakan bahwa luka operasi belum pernah dilakukan perawatan luka sejak selesai pembedahan. Secara objektif, klien berada pada hari pertama *pasca* operasi SC dan tampak meringis, menandakan adanya ketidaknyamanan pada area luka. Luka bekas operasi tampak sepanjang ± 10 cm dan menunjukkan tanda-tanda peradangan ringan. Dari hasil pengkajian lokal terhadap luka, ditemukan bahwa pasien mengalami nyeri (*rubor*) dengan skala 5, namun tidak ditemukan adanya kemerahan (*dolor*), suhu pada area luka sekitar 36°C (*kalor*), dan pasien mengeluhkan nyeri saat bergerak (*functio laesa*).

3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang akan penulis berikan kepada pasien sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) berdasarkan diagnosa yang ditegakkan, yaitu³¹ :

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan Kasus

No.	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut	SLKI L.08066 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri pasien menurun 2. Meringis pasien menurun	Manajemen nyeri SIKI 1.08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri

		3. Skala nyeri berkurang 0-3 4. Kegelisahan otot pasien menurun 5. Ketegangan otot pasien	nonverbal 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 analgesik
			Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologi dengan terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan <i>analgesic</i> secara tepat 5. Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri
			Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian <i>analgesic</i>
2.	Resiko infeksi	SLKI L14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Sensasi membaik	Pencegahan infeksi SIKI I.14508 Obsevasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada

3. Integritas dan jaringan membaik	area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik <i>aseptic</i> pada klien berisiko tinggi. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Pemberian obat <i>ceftriaxone</i>
------------------------------------	--

3.5 Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun intervensi yang akan diberikan kepada pasien, penulis melakukan implementasi kepada pasien berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, implementasi yang dilakukan pada tanggal 01 Juni 2025 hingga 04 Juni 2025, yaitu :

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan Kasus

No	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal, Jam	Tindakan Keperawatan	Respon	TTD
1	Nyeri Akut	Minggu, 1 Juni 2025 09.00 Wib 09.10 Wib 09.15 Wib 09.20 Wib 10.00 Wib	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 5. Memberikan teknik non farmakologi	S : 1. Ny. D mengatakan <i>post op SC</i> - Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada daerah perut - S : Skala nyeri 5 - T: Nyeri hilang	

		relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri	timbul
			2. Ny. D mengatakan nyeri bertambah Ketika bergerak
10.30 Wib	6.	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	3. Ny. D mengatakan mau mencoba teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri yang dirasakan
10.45 Wib	7.	Melakukan pengkajian nyeri setelah dilakukan Terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri	4. Ny. D mengatakan paham penyebab nyeri
10.55 Wib	8.	Menjelaskan penyebab nyeri	5. Ny. D dan keluarga mengerti strategi cara mengatasi nyeri dengan relaksasi genggam jari.
11.00 Wib	9.	Menjelaskan strategi mengatasi nyeri	O :
11.10 Wib	10.	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	1. Pada saat melakukan terapi Ny. D tampak kurang nyaman
11.30 Wib	11.	Mengajarkan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	2. Pada saat melakukan prosedur Tindakan relaksasi genggam jari Ny. D masih tampak bingung dan membutuhk
12.55 Wib	12.	Mengkolaborasikan pemberian <i>analgesic</i> obat Pereda nyeri	

			an bimbingan
		3.	Skala nyeri setelah melakukan relaksasi genggam jari : 4
		4.	Masuk keterolac, asmet
Resiko Infeksi	13.00 Wib (Dinas Pagi)	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis	S : 1. Menganjurkan pembatasan jumlah pengunjung
	13.15 Wib	2. Membatasi jumlah pengunjung	2. Ny. D mengatakan sakit pada saat pemberian obat
	13.20 Wib	3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	O : 1. Balutan luka klien pada abdomen masih merah
	13.25 Wib	4. Mempertahankan teknik <i>aseptic</i> pada klien berisiko tinggi.	2. Ny. D tampak memperhatikan cara mencuci tangan
	13.30 Wib	5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	3. Ny. D tampak terlihat bingung dengan penjelasan tanda dan gejala infeksi
	13.35 Wib	6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat masih salah cara
	13.40 Wib	7. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	
	13.43 Wib	8. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	
	13.45 Wib	9. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan	
	14.00 Wib	10. Memberikan obat <i>ceftriaxone</i>	

				mencuci tangan 6 langkah
				5. Keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi SC
2	Nyeri Akut	Senin, 2 Juni 2025 15.30 Wib (Dinas Siang)	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi genggam jari untuk mengurangi nyeri. 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Menganjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri 7. Mengkolaborasi pemberian analgesik	S : 1. Ny. D mengatakan P : Nyeri post op SC Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul 2. Ny. D mengatakan masih nyeri dan bertambah ketika bergerak 3. Ny. D mengatakan ketika bergerak masih terasa nyeri tetapi sudah mulai berkurang 4. Ny. D mengatakan sudah
		16.00 Wib		
		16.10 Wib		
		17.00 Wib		
		17.20 Wib		
		17.30 Wib		

				memahami terapi relaksasi genggam jari
				O :
			1.	Ny. D tampak tidak bingung lagi
			2.	Ny. D tampak sudah mampu mengatur posisi senyaman mungkin dan mampu mengikuti prosedur teknik relaksasi genggam jari, Ny. D tampak lebih rileks
			3.	Ny. D mengatakan mengikuti anjuan perawat dengan minum obat tepat waktu
			4.	Skala nyeri setelah melakukan relaksasi genggam jari : 3
			5.	Kolaborasi injeksi ketorolac, asmet
Resiko Infeksi	18.00 Wib (Dinas Siang)	1.	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik	S:
	18.20 Wib	2.	Membatasi	O: 1. Balutan luka Ny. D

			jumlah pengunjung	pada perut tidak merah seperti kemarin
		18.30 Wib	3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	2. Tampak sudah ada pembatasan jumlah pengunjung
		18.45 Wib	4. Mempertahankan teknik <i>aseptic</i> pada klien berisiko tinggi.	3. Ny. D dan keluarga tampak sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Ny. D dan lingkungan walaupun terkadang masih salah
		18.50 Wib	5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah menerapkan mencuci tangan 6 langkah walaupun terkadang masih salah
		19.00 Wib	6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	5. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi
		19,15 Wib	7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	
		19.30 Wib	8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	
		19.40 Wib	9. Memberikan obat <i>ceftriaxone</i>	
3	Nyeri Akut	Selasa, 3 Juni 2025 14.30 Wib (Dinas Siang)	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	S : 1. Ny. D mengatakan P : Nyeri post op SC

14.50 Wib	3.	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-
15.00 Wib	4.	Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi genggam jari untuk mengurangi nyeri.	R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul
15.45 Wib	5.	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	2. Ny. D mengatakan lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman membuat klien lebih rileks
16.10 Wib	6.	Menganjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri	3. Ny. D mengatakan kemarin pagi mempraktekan terapi relaksasi genggam jari
17.00 Wib	7.	Mengkolaborasi pemberian <i>analgesic</i>	4. Ny. D mengatakan siap untuk melakukan terapi relaksasi genggam jari 5. Ny. D mengatakan nyerinya sudah lebih berkurang setelah melakukan relaksasi genggam jari
			O:

			1. Ny. D tampak lebih tenang
			2. Ny. D tampak bersemangat
			3. Ny. D tampak mengerti terhadap penjelasan perawat prosedur relaksasi genggam jari dan pendukung terapi genggam jari
			4. Skala nyeri setelah relaksasi genggam jari : 2
Resiko Infeksi	17.00 Wib (Dinas Siang)	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis	S:
	17.20 Wib	2. Membatasi jumlah pengunjung	O:
	17.30 Wib	3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1. Balutan luka Ny. D pada perut sudah mulai membaik
	17.45 Wib	4. Mempertahankan teknik <i>aseptic</i> pada klien berisiko tinggi.	2. Jumlah pengunjung Nampak sudah dibatasi
	18.00 Wib	5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	3. Ny. D tampak sudah paham tanda dan gejala infeksi
	18.20 Wib	6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat

		18.45 Wib	7. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	sudah benar cara mencuci tangan 6 langkah keluarga
		18.50 Wib	8. Mengajukan meningkatkan asupan cairan	5. Ny. D masih tampak sudah tidak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi
4	Nyeri Akut	Rabu, 4 Juni 2025 09.00 Wib (Dinas Pagi)	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	S: 1. Ny. D mengatakan tidak lagi nyeri dan diperbolehk an pulang
		09.10 Wib	3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	P : Nyeri post op SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk
		09.30 Wib	4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri.	R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 2
		10.00 Wib	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	T: Nyeri hilang timbul
		11.15 Wib	6. Mengajukan memonitor skala nyeri secara mandiri	2. Ny. D mengatakan apabila nyerinya muncul,
		13.00 Wib	7. Mengkolaborasi pemberian <i>analgesic</i>	Ny. D akan melakukan terapi relaksasi genggam jari
				O: 1. Ny. D

-
- | | |
|----------------|---|
| | tampak tidak meringis lagi |
| 2. Ny. D | tampak bersemangat |
| 3. Ny. D | tampak mampu mempraktekan terapi relaksasi genggam jari |
| 4. Skala nyeri | setelah melakukan relaksasi genggam jari : 1 |
-

3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah peneliti melakukan implementasi kepada pasien. Adapun evaluasi keperawatan berdasar dari tindakan keperawatan yang telah penulis lakukan pada tanggal 01 sampai 04 Juni 2025, yaitu :

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan Kasus

No.	Diagnosa	Hari, tanggal, jam	Evaluasi
1.	Nyeri akut	Minggu, 1 Juni 2025 10.00 Wib (Dinas Pagi)	S: 1. Ny. D mengatakan masih bingung tentang cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan ingin mengurangi nyeri yang dirasakannya 3. Ny. D mengatakan senang diajarkan tentang relaksasi genggam jari P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut

			S : Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul O: 1. Ny. D masih tampak bingung Ketika diajarkan terapi relaksasi genggam jari 2. Ruangan tampak kurang tenang karena banyaknya pengunjung 3. Ny. D tampak memperhatikan bagaimana cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 4. Ny. D tampak masih kurang rileks saat melakukan terapi relaksasi genggam jari. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19
Resiko infeksi	14.00 Wib (Dinas Pagi)		S: 1. Mengajukan pembatasan jumlah pengunjung 2. Ny. D mengatakan sakit pada saat pemberian obat O: 1. Balutan luka klien pada perut masih merah 2. Ny. D tampak memperhatikan cara mencuci tangan 3. Ny. D tampak terlihat bingung dengan penjelasan tanda dan gejala infeksi 4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat masih salah cara mencuci tangan 6 langkah 5. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11
2.	Nyeri akut	Senin, 2 Juni 2024 15.45 Wib (Dinas Siang)	S: 1. Ny. D mengatakan sudah sedikit paham cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti

			ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul O: 1. Ny. D tampak tenang dan rileks 2. Ny. D tampak tidak bingung lagi 3. Ny. D tampak mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19 S: Ny. D mengatakan luka pada perut sudah tidak semerah kemarin O: 1. Balutan luka Ny. D pada perut tidak semerah seperti kemarin 2. Tampak sudah ada pembatasan jumlah pengunjung 3. Ny. D dan keluarga klien tampak sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Ny. D dan lingkungan walaupun terkadang masih salah 4. Ny. D tampak mulai mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 5. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah menerapkan mencuci tangan 6 langkah walaupun terkadang masih salah 6. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9,10 S: 1. Ny. D mengatakan kemarin pagi mempraktekan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan nyeri yang dirasakan sudah
Resiko Infeksi	19.30 Wib (Dinas Siang)		
3.	Nyeri akut	Selasa, 3 Juni 2025 15.20 Wib	

			berkurang dari sebelumnya setelah melakukan terapi relaksasi genggam jari
			3. Ny. D mengatakan lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman membuat klien lebih fokus dan lebih rileks
			O:
			1. Ny. D tampak lebih tenang
			2. Ny. D tampak bersemangat
			3. Ny. D tampak paham mengenai penjelasan perawat mengenai pendekatan dalam relaksasi genggam jari dan prosedur dalam relaksasi genggam jari
			4. Skala nyeri berkurang menjadi 3 setelah diberikan terapi relaksasi genggam jari.
			A: Masalah teratasi Sebagian
			P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19
Resiko infeksi	19.45 Wib		S: Ny. D mengatakan luka pada perut sudah membaik
			O:
			1. Balutan luka Ny. D pada perut sudah mulai membaik
			2. Jumlah pengunjung Nampak sudah dibatasi
			3. Ny. D tampak sudah paham tanda dan gejala infeksi
			4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah benar cara mencuci tangan 6 langkah
			5. keluarga Ny. D masih tampak sudah tidak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi
			A: Masalah teratasi
			P: Intervensi dihentikan
1.	Nyeri akut	Rabu. 4 Mei 2025 10.01 Wib (Dinas Pagi)	S:
			1. Ny. D mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dan dan Ny. D sudah diperbolehkan pulang
			2. Ny. D sudah mampu bergerak
			3. Ny. D mengatakan apabila

nyerinya muncul, Ny. D akan melakukan terapi relaksasi genggam jari

O:

1. Ny. D tampak tidak meringis lagi
2. Ny. D tampak bersemangat
3. Ny. D tampak mampu melakukan sendiri dalam melakukan terapi relaksasi genggam jari
4. Skala nyeri berkurang menjadi 1 setelah Ny. D melakukan terapi relaksasi genggam jari

A: Masalah teratasi

P: Intervensi dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Asuhan Keperawatan

4.1.1 Analisis Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh dari pasien yang bertujuan untuk membuat data dasar tentang kondisi kesehatan pasien serta mencatat respons kesehatan yang muncul. Pengkajian yang dilakukan secara komprehensif dan logis akan membantu dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami pasien. Masalah-masalah tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan berdasarkan data hasil pengkajian sebagai landasan utama dalam memberikan intervensi keperawatan²⁷.

Pada penelitian ini, pengkajian keperawatan dilakukan melalui anamnesa, observasi, dan studi dokumentasi pada tanggal 1 Juni 2025 di ruang kebidanan terhadap pasien Ny. D. Dari hasil pengkajian didapatkan data riwayat kehamilan, persalinan, dan kondisi kesehatan *pasca* persalinan. Ny. D berusia 27 tahun dengan riwayat kehamilan kedua yang berakhir dengan SC pada tanggal 31 Mei 2025. Selama kehamilan, Ny. D rutin melakukan pemeriksaan *antenatal care* sebanyak 9 kali tanpa adanya masalah kehamilan yang signifikan.

Berdasarkan anamnesa dan observasi, kondisi umum Ny. D dalam keadaan baik dengan tanda vital yang stabil, kesadaran *compos mentis* (CM), serta tidak ditemukan keluhan yang mengganggu. Ny. D juga melaporkan bahwa produksi ASI telah mulai keluar dan mampu menyusui bayinya dengan baik meskipun baru pertama kali menjalani persalinan dengan operasi caesar. Hal ini menunjukkan adaptasi psikologis dan fisik yang positif pada pasien *pasca* persalinan⁴⁸.

Pengkajian pola eliminasi menunjukkan Ny. D memiliki kebiasaan buang air besar 1-2 kali sehari dan buang air kecil sebanyak 4-5 kali sehari, yang masih dalam batas normal. Namun, pada beberapa pasien pasca persalinan, khususnya yang menjalani operasi *sectio caesarea* (SC), risiko konstipasi dapat meningkat akibat penurunan mobilitas dan konsumsi obat-obatan. Dalam kasus Ny. D, tidak ditemukan keluhan konstipasi sehingga tidak ditemukan masalah eliminasi yang signifikan⁴⁹.

Pengkajian istirahat dan kenyamanan menunjukkan bahwa Ny. D mampu tidur dengan pola yang cukup baik meskipun sesekali terbangun untuk menyusui. Pola tidur yang cukup ini penting untuk mendukung proses penyembuhan *pasca* operasi dan menjaga kondisi fisik ibu. Stres dan adaptasi psikologis juga menjadi aspek penting dalam pengkajian keperawatan, terutama pada ibu yang baru pertama kali mengalami persalinan *caesarea*. Pada Ny. D, penilaian menunjukkan stabilitas emosional dan penerimaan yang baik terhadap bayi, hal ini dapat meningkatkan keberhasilan pemulihan secara keseluruhan⁵⁰.

4.1.2 Analisis Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menggambarkan respon klien, baik yang sedang terjadi (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial), terhadap kondisi kesehatannya. Pernyataan ini disusun oleh perawat yang memiliki kewenangan dan kompetensi yang sesuai. Respon-respon tersebut diperoleh melalui proses pengkajian yang mencakup data dasar pasien, penelusuran literatur yang relevan, riwayat medis sebelumnya, serta hasil kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain²⁸.

Secara teoritis diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada *post* SC adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut (D.0077)
2. Gangguan integritas kulit (D.0129)

3. Resiko infeksi (D.0142)
4. Gangguan pola tidur (D.0055)
5. Intoleransi aktivitas (D.0056.)
6. Resiko syok hipovolemik (D.0039)

Dari diagnosa teoritis diatas, setelah dilakukan pengkajian yang sesuai dengan data subjektif dan objektif didapatkan 2 masalah keperawatan pada Ny. D, yaitu :

- a. Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. D adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena berdasarkan data yang ditemukan saat peneliti melakukan anamnesa, Ny. D mengatakan nyeri pada bagian luka bekas *post sectio caesarea* (SC). Ny. D mengungkapkan nyeri bertambah ketika bergerak dengan sensasi seperti ditusuk-tusuk. Lokasi nyeri berada pada bagian perut dengan intensitas nyeri skala 5 (nyeri sedang) dan bersifat hilang timbul. Ny. D tampak meringis, gelisah, dan bersikap protektif terhadap area luka. Tanda vital yang tercatat adalah tekanan darah 115/85 mmHg, nadi 85 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C.

Masalah keperawatan nyeri akut muncul karena sebagai respons fisiologis terhadap kerusakan jaringan akibat tindakan pembedahan, sebagaimana terjadi pada pasien *post operasi sectio caesarea*. Prosedur pembedahan tersebut menyebabkan aktivasi nosiseptor, yaitu reseptor sensorik yang merespons rangsangan nyeri akibat kerusakan jaringan. Aktivasi nosiseptor memicu pelepasan berbagai mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, bradikinin, dan substansi P, yang kemudian meningkatkan sensitivitas

saraf perifer serta memperkuat transmisi impuls nyeri ke sistem saraf pusat⁵¹.

b. Resiko infeksi (D.0142)

Diagnosa keperawatan kedua yang diangkat pada kasus Ny. D adalah risiko infeksi yang berhubungan dengan tindakan prosedur invasif, yaitu adanya luka *post SC* yang belum dilakukan perawatan. Hal ini ditandai dengan pernyataan Ny. D bahwa luka *post sectio caesarea* (SC) belum pernah dirawat dan nyeri yang dirasakan berada pada skala 5 (nyeri sedang). Luka operasi memiliki panjang kurang lebih 10 cm. Selain itu, tampak tanda-tanda awal infeksi seperti nyeri pada area luka, suhu luka 36°C, serta klien tampak meringis dan bersikap protektif terhadap area luka.

Risiko infeksi muncul karena tindakan invasif seperti operasi dapat menyebabkan disrupsi pada integritas jaringan tubuh, yang membuka jalur masuk bagi mikroorganisme patogen. Luka bedah yang tidak dirawat dengan baik dapat menciptakan lingkungan lembap dan hangat yang mendukung pertumbuhan bakteri. Ditambah lagi, nyeri dan perilaku protektif terhadap luka menunjukkan adanya reaksi inflamasi lokal, yang dapat menjadi gejala awal infeksi⁵².

Pasien *post* operasi sangat rentan mengalami infeksi karena sistem imun tubuh masih dalam proses pemulihan dan kulit sebagai pelindung utama telah terbuka akibat tindakan pembedahan. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk melakukan deteksi dini terhadap tanda infeksi serta melakukan edukasi perawatan luka kepada pasien⁵³.

Dari 6 diagnosa teoritis yang tidak dapat diangkat adalah sebagai berikut:

1. Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

Diagnosa gangguan integritas kulit tidak diangkat karena berdasarkan hasil pengkajian, balutan luka operasi tampak bersih dan kering. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan. Integritas kulit di area luka masih terjaga dengan baik, tanpa adanya luka terbuka maupun kerusakan jaringan.

2. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Diagnosa gangguan pola tidur tidak diangkat karena klien melaporkan pola tidur yang baik, dengan tidur malam selama 7–8 jam dan tidur siang 1–2 kali dalam sehari. Klien juga tidak mengeluhkan adanya gangguan tidur atau ketidaknyamanan yang mengganggu istirahatnya.

3. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Diagnosa intoleransi aktivitas tidak diangkat karena klien sudah mampu melakukan mobilisasi ringan secara mandiri, seperti duduk di tepi tempat tidur dan berjalan ke kamar mandi. Tidak terdapat keluhan lemah, kelelahan berlebih, atau hambatan fisik dalam melakukan aktivitas ringan.

4. Resiko Syok Hipovolemik (D.0039)

Diagnosa resiko syok hipovolemik tidak diangkat karena selama proses persalinan tidak ditemukan perdarahan berlebihan (± 400 ml, masih dalam batas normal). Tanda vital klien stabil (TD 105/80 mmHg, Nadi 85 x/menit), dan tidak ditemukan tanda-tanda klinis hipovolemia seperti pucat, lemas, atau penurunan kesadaran.

4.1.3 Analisis Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan untuk membantu pasien, keluarga, atau komunitas mencapai kondisi kesehatan optimal. Tindakan ini dirancang secara

sistematis sesuai kebutuhan individu. Pelaksanaan mencakup aspek fisik, edukasi, dan dukungan emosional⁵⁴.

Analisis intervensi nyeri akut pada pasien *post sectio caesarea* (SC) berdasarkan SIKI³¹ adalah manajemen nyeri dengan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : Berikan teknik non farmakologis Relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri. Edukasi : Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik. Berdasarkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik maka penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x8 jam nyeri berkurang atau hilang, dengan kriteria hasil nyeri cukup menurun (menggunakan teknik non farmakologis teknik relaksasi genggam jari), pasien tampak nyaman, tanda-tanda vital dalam batas normal, pasien tidak menangis kesakitan menahan nyeri, skala nyeri menurun.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hermita yang meneliti pengaruh teknik genggam jari (*finger hold*) terhadap penurunan intensitas nyeri *post operasi sectio caesarea* (SC) di RSUD Sembiring. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi, intensitas nyeri pasien berada pada kategori nyeri sedang, dan setelah diberikan terapi genggam jari selama tiga hari, intensitas nyeri turun secara signifikan menjadi kategori tidak nyeri. Uji *Wilcoxon* menunjukkan nilai signifikansi yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan teknik genggam jari. Terapi ini efektif dalam menurunkan nyeri dan juga mendukung kenyamanan pasien secara psikologis⁴³.

Penelitian ini sejalan dengan Desi Nurhidayah (2024) yang menunjukkan bahwa skala nyeri pada responden setelah diberikan terapi relaksasi genggam jari mengalami penurunan. Dari dua responden yang diteliti, Ny. A mengalami penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 3 dan Ny. D dari 6 menjadi 3, yang keduanya termasuk dalam kategori nyeri ringan. Penurunan ini terjadi setelah penerapan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit selama dua hari. Relaksasi genggam jari merangsang titik-titik refleksi di tangan yang mengirimkan impuls ke otak melalui serabut saraf, sehingga menghambat stimulus nyeri dan menimbulkan efek relaksasi pada tubuh²⁰.

4.1.4 Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan diagnosa dan intervensi sebelumnya. Pada tahap ini, perawat melakukan berbagai aktivitas untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien, baik melalui tindakan langsung, edukasi, pemantauan kondisi, maupun pemberian terapi sesuai perencanaan⁵⁵.

Pemberian terapi pada Ny. D dilakukan selama 4 hari dimulai pada tanggal 01 Juni 2025 di ruang perawatan. Didapatkan hasil sebagai berikut:

Hari Pertama: Minggu, 01 Juni 2025

Diagnosa 1 :

Sebelum dilakukan implementasi berupa teknik relaksasi genggam jari, peneliti terlebih dahulu melakukan pengkajian terhadap intensitas nyeri yang dirasakan Ny. D *pasca* operasi *sectio caesarea* (SC). Ny. D mengungkapkan bahwa nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, terutama saat bergerak, dengan skala nyeri 5. Peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur teknik relaksasi genggam jari, kemudian dilakukan terapi selama ± 15 menit. Setelah intervensi, Ny. D mengatakan nyeri berkurang menjadi

skala 4. Pasien tampak masih kurang nyaman, namun menunjukkan sikap kooperatif dan siap melanjutkan terapi keesokan harinya.

Diagnosa 2 :

Sebelum diberikan implementasi terkait risiko infeksi, peneliti melakukan observasi terhadap luka operasi dan kebiasaan pasien serta keluarga dalam menjaga kebersihan. Didapatkan hasil bahwa balutan luka tampak merah dan keluarga belum memahami cara mencuci tangan yang benar serta tanda-tanda infeksi. Setelah peneliti menggali informasi dan menyampaikan edukasi mengenai kebersihan tangan, pembatasan pengunjung, serta pentingnya cairan dan nutrisi, pasien dan keluarga sepakat untuk melanjutkan edukasi pada hari berikutnya.

Hari Kedua: Senin, 02 Juni 2025

Diagnosa 1:

Sebelum dilakukan implementasi, peneliti menanyakan kembali skala nyeri yang dirasakan Ny. D, dan diperoleh hasil skala 3. Pasien tampak sudah memahami teknik relaksasi genggam jari dan mengikuti terapi dengan baik. Setelah dilakukan intervensi kembali, pasien mengatakan nyeri semakin ringan dan merasa lebih rileks. Peneliti juga mengulang teknik relaksasi genggam jari untuk memperkuat efek relaksasi. Pasien menunjukkan kemajuan yang positif.

Diagnosa 2 :

Peneliti mengevaluasi ulang pemahaman pasien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi. Keluarga mulai menerapkan cuci tangan walau belum sepenuhnya benar. Balutan luka tidak tampak semerah sebelumnya. Pasien juga mulai membatasi pengunjung. Edukasi kembali dilakukan mengenai gejala infeksi dan pentingnya menjaga kebersihan, serta pemeriksaan luka operasi. Pasien dan keluarga sepakat untuk melanjutkan implementasi hari berikutnya.

Hari Ketiga: Selasa, 03 Juni 2025

Diagnosa 1

Sebelum dilakukan terapi, peneliti menanyakan kondisi Ny. D dan diperoleh informasi bahwa nyeri semakin berkurang dengan skala 2. Pasien menyampaikan bahwa lingkungan yang tenang dan posisi tidur yang nyaman membantu meredakan nyeri. Setelah dilakukan relaksasi genggam jari, pasien tampak lebih rileks dan bersemangat. Pasien mengatakan akan terus menggunakan teknik ini secara mandiri saat nyeri muncul.

Diagnosa 2

Peneliti melakukan evaluasi terhadap penerapan edukasi hari sebelumnya. Balutan luka dalam kondisi baik dan pengunjung dibatasi. Pasien dan keluarga mampu mempraktikkan cara cuci tangan dengan benar dan mulai paham cara memeriksa luka operasi. Edukasi dilanjutkan untuk memperkuat pemahaman dan kemandirian pasien dan keluarga.

Hari Keempat: Rabu, 04 Juni 2025

Diagnosa 1:

Sebelum dilakukan implementasi, Ny. D mengatakan nyeri hampir tidak dirasakan lagi (skala 1). Pasien mengatakan sudah terbiasa dengan teknik relaksasi dan siap mempraktikkannya mandiri di rumah. Peneliti melakukan terapi relaksasi terakhir sambil meninjau kembali prosedur yang telah dipelajari. Ny. D tampak rileks, tidak meringis, dan menunjukkan sikap antusias.

Diagnosa 2 :

Peneliti kembali mengevaluasi kondisi luka dan penerapan kebersihan oleh pasien dan keluarga. Balutan luka bersih, tidak tampak kemerahan atau bengkak. Pasien dan keluarga sudah dapat mengenali tanda-tanda infeksi dan mampu mempraktikkan pencegahan secara mandiri. Karena

kondisi Ny. D sudah stabil dan luka operasi membaik, pasien dibolehkan pulang.

4.1.5 Analisis Evaluasi Keperawatan

Pada hari pertama pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari, Ny. D masih merasa bingung dan belum sepenuhnya memahami cara melakukan teknik tersebut. Nyeri yang dirasakan berupa rasa seperti ditusuk-tusuk pada daerah perut dengan skala nyeri 5 dari 10. Saat diajarkan, Ny. D tampak kesulitan dalam melakukan terapi relaksasi genggam jari secara tepat. Meski demikian, Ny. D menyatakan keinginan untuk mengurangi nyeri dan antusias saat menerima instruksi terapi. Intervensi dilanjutkan dengan tujuan meningkatkan pemahaman dan kemampuan Ny. D dalam melakukan teknik ini secara mandiri.

Pada hari kedua dan ketiga, terjadi peningkatan pemahaman dan kemampuan Ny. D dalam melakukan terapi relaksasi genggam jari. Ny. D mulai bisa mempraktikkan terapi tersebut dengan lebih baik dan melaporkan penurunan skala nyeri menjadi 4 pada hari kedua dan 3 pada hari ketiga. Hal ini menunjukkan terapi relaksasi genggam jari mulai efektif mengurangi nyeri yang dirasakan Ny. D. Selama pelaksanaan terapi, Ny. D menunjukkan perhatian yang lebih terhadap teknik yang diajarkan dan mampu mengikuti prosedur dengan benar. Nyeri yang berkurang secara bertahap memperlihatkan adanya respon positif terhadap terapi relaksasi ini.

Memasuki hari keempat Ny. D sudah mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari secara mandiri dan tepat. Skala nyeri yang dilaporkan menurun menjadi 1, yang menandakan bahwa nyeri hampir hilang. Ny. D menunjukkan kemampuan yang cukup baik dalam melakukan terapi tanpa bantuan dan melaporkan manfaat yang signifikan terhadap penurunan nyeri. Terapi relaksasi genggam jari ini terbukti sebagai intervensi efektif untuk mengurangi nyeri *post operasi sectio*

caesarea (SC) secara bertahap hingga mencapai tingkat yang sangat ringan. Dengan demikian, terapi ini dapat direkomendasikan sebagai bagian dari penatalaksanaan nyeri non-farmakologis pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* (SC).

4.1.6 Analisis Intervensi *Evidence Based Nursing*

Teknik relaksasi genggam jari merupakan metode sederhana dan mudah dipraktekkan untuk membantu mengontrol nyeri. Saat melakukan teknik ini, tubuh merespons dengan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis dan menstimulasi hormon adrenalin, yang berperan dalam menurunkan tingkat stres. Proses ini juga membantu meningkatkan fokus, mengatur ritme pernapasan, serta meningkatkan kadar oksigen dalam darah, sehingga menciptakan rasa tenang yang dapat meredakan nyeri⁵⁶.

Teknik relaksasi genggam jari meredakan nyeri dengan mengirim impuls melalui saraf aferen *non-nosiseptor* sebagai stimulasi pengalih ke otak, sehingga intensitas nyeri dapat menurun. Rangsangan pada titik refleksi tangan menghasilkan impuls seperti gelombang listrik yang diteruskan ke otak dan organ yang terganggu, membantu melancarkan energi dan mengurangi nyeri. Selain itu, kondisi relaksasi ini merangsang pelepasan endorfin, yaitu analgesik alami tubuh yang turut membantu menurunkan persepsi nyeri¹⁰.

Teknik ini bermanfaat untuk membantu meredakan nyeri *pasca* operasi. Relaksasi genggam jari dapat diterapkan sekitar 4 hingga 7 jam setelah tindakan operasi, dengan durasi sekitar 30 menit, dilakukan dengan cara menggenggam jari sambil menahan napas¹⁶.

Menurut penelitian Maima, dkk menyatakan bahwa rata-rata intensitas nyeri pasien *post* operasi *sectio caesarea* (SC) sebelum diberikan teknik relaksasi genggam jari adalah pada skala nyeri berat, yaitu Ny. D dengan nilai 7 dan Ny. M dengan nilai 8. Sedangkan setelah dilakukan intervensi teknik genggam jari selama 3 hari berturut-turut dengan durasi 10–15

menit per hari, intensitas nyeri menurun menjadi nyeri ringan, yaitu Ny. D dengan nilai 1 dan Ny. M dengan nilai 2²⁷

Penelitian yang dilakukan oleh Kiptiah et al. (2024) menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien *pasca* operasi *sectio caesarea* (SC). Sebelum dilakukan intervensi, rata-rata nyeri yang dirasakan pasien berada pada angka 7,91 yang termasuk dalam kategori nyeri berat. Setelah diberikan intervensi berupa teknik relaksasi genggam jari, rata-rata nyeri menurun menjadi 5,97 yang termasuk kategori nyeri sedang. Penurunan ini dinyatakan signifikan secara statistik dengan nilai p sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari berhasil menurunkan tingkat nyeri secara bermakna dan dapat digunakan sebagai salah satu alternatif non-farmakologis untuk mengurangi nyeri pada pasien *pasca* operasi *sectio caesarea* (SC)⁴⁷.

Pada penelitian Afifah dkk. (2024), dilakukan intervensi relaksasi genggam jari pada pasien *post* operasi laparatomi. Sebanyak lima pasien diberikan terapi relaksasi genggam jari selama tiga hari berturut-turut dengan durasi masing-masing 15 menit per hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intensitas nyeri pasien mengalami penurunan yang signifikan dari kategori nyeri berat (skala 5–6) menjadi kategori nyeri ringan (skala 1–2) setelah hari ketiga. Penurunan ini menunjukkan bahwa relaksasi genggam jari efektif dalam mengurangi intensitas nyeri *pasca* operasi, dan dapat dijadikan sebagai alternatif non-farmakologis dalam manajemen nyeri⁴⁶.

Penelitian yang dilakukan oleh Emara et al. (2022) menunjukkan bahwa pemberian intervensi relaksasi berupa terapi non-farmakologis secara signifikan menurunkan intensitas nyeri insisi pada wanita *post* operasi *sectio caesarea* (SC). Pada kelompok eksperimen yang mendapatkan intervensi, persentase nyeri berat menurun dari 49,0%

menjadi 13,7% setelah intervensi. Sebaliknya, pada kelompok kontrol, nyeri berat hanya menurun dari 51,0% menjadi 31,4%. Perbedaan antara kedua kelompok setelah intervensi menunjukkan hasil yang sangat signifikan secara statistik ($p < 0,001$). Hal ini membuktikan bahwa teknik relaksasi yang diberikan efektif dalam mengurangi nyeri *post* operasi *caesarea*, dan dapat dijadikan salah satu alternatif pendekatan non-farmakologis dalam manajemen nyeri⁴⁵.

Penulis mengasumsikan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan nyeri pada pasien *pasca* operasi *sectio caesarea*. Efektivitasnya ditunjukkan melalui penurunan skala nyeri, kondisi pasien yang tampak lebih nyaman, serta stabilnya tanda-tanda vital. Teknik ini bekerja dengan menstimulasi sistem saraf parasimpatis sehingga membantu menekan persepsi nyeri secara fisiologis dan psikologis.

Relaksasi genggam jari merupakan intervensi non farmakologis yang bersifat sederhana, aman, mudah diterapkan, dan tidak memerlukan alat khusus. Teknik ini tidak hanya efektif dalam menurunkan intensitas nyeri, tetapi juga membantu mengurangi ketergantungan terhadap analgesik serta meningkatkan kontrol diri pasien dalam mengelola nyeri *pasca* operasi.

4.2 Kesulitan dan Hambatan Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini tidak terlepas dari berbagai tantangan, kendala, dan keterbatasan yang muncul selama proses pelaksanaan penelitian dan penyusunannya. Salah satu kendala yang dihadapi adalah keterbatasan subjek penelitian, mengingat penelitian ini merupakan studi kasus yang hanya dilakukan pada satu pasien *pasca* operasi *sectio caesarea* (SC). Hal ini disebabkan karena selama pelaksanaan praktik lapangan, hanya satu pasien yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan di RSUD Raden Mattaher Jambi tanggal 01-04 Juni 2025 dengan mengacu pada tujuan yang dicapai, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 01 Juni 2025 menunjukkan bahwa secara subjektif, klien mengeluhkan nyeri setelah menjalani operasi *sectio caesarea* (SC), khususnya di area perut saat melakukan pergerakan. Berdasarkan keluhan tersebut, penulis menetapkan diagnosa keperawatan berupa nyeri akut yang berkaitan dengan agen cedera fisik. Selain itu, klien juga menyampaikan bahwa luka bekas operasi belum pernah mendapatkan perawatan sebelumnya.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien meliputi nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera fisik, yang ditandai dengan nyeri saat bergerak akibat tindakan operasi *sectio caesarea* (SC), serta risiko infeksi yang berkaitan dengan prosedur invasif.
3. Rencana keperawatan yang disusun untuk klien dengan kondisi *post sectio caesarea* (SC) dan masalah nyeri akut meliputi: pengkajian menyeluruh terhadap nyeri, mencakup lokasi, jenis, lama nyeri, frekuensi, intensitas, serta faktor pencetus; mengamati tanda-tanda ketidaknyamanan nonverbal; menyesuaikan lingkungan agar kondusif, seperti pengaturan suhu, pencahayaan, dan kebisingan; memberikan edukasi tentang metode non farmakologis, seperti teknik relaksasi genggam jari; serta pemberian analgesik sesuai indikasi untuk membantu meredakan nyeri.
4. Tindakan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dirancang. Klien mampu mengaplikasikan teknik relaksasi genggam jari

secara mandiri, yang membantu mengurangi rasa nyeri dan mendukung peningkatan aktivitas harian, selaras dengan tujuan intervensi keperawatan.

5. Evaluasi dilakukan berdasarkan diagnosa nyeri akut yang telah ditetapkan. Pada hari pertama, tercatat bahwa masalah baru teratasi sebagian karena nyeri mulai berkurang. Selanjutnya, pada hari kedua dan ketiga, nyeri terus mengalami penurunan, namun masalah masih dinilai teratasi sebagian. Pada hari keempat, klien melaporkan nyeri hanya sesekali muncul dengan skala nyeri 1, sehingga masalah dianggap teratasi sepenuhnya dan klien telah diizinkan pulang oleh tim medis.
6. penerapan *evidence-based practice* menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari berkontribusi signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post operasi sectio caesarea*.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan menjadi bahan pertimbangan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* (SC), khususnya dalam penggunaan teknik relaksasi genggam jari sebagai salah satu metode non farmakologis dalam mengurangi nyeri.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit untuk mengembangkan intervensi non farmakologis seperti relaksasi genggam jari sebagai bagian dari standar perawatan nyeri pada pasien *post sectio caesarea* (SC), guna meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi tambahan dalam pelaksanaan studi kasus keperawatan, serta memberikan kontribusi

terhadap pengembangan kurikulum pembelajaran mengenai teknik relaksasi sebagai intervensi dalam manajemen nyeri *pasca* operasi.

5.2.4 Bagi Klien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman klien *post sectio caesarea* (SC) tentang manfaat teknik relaksasi genggam jari sebagai cara sederhana dan mandiri untuk membantu mengurangi nyeri, sehingga mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan kenyamanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Muliani. Pengaruh *foot massage* terhadap tingkat nyeri klien *post operasi sectio caesarea*. *J Nurs Care*. 2020;3(2):73-80.
2. Pramono, M. B. A., & Wiyati, P. S. (2021). *Obstetri patologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
3. World Health Organization (WHO) 2025 W. *Members of the guideline development group for WHO recommendations on surgical and medical interventions to improve caesarean section outcomes (Surgical Subgroup)*.; 2022.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2018.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Survei Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan; 2023.
6. Dinkes Provinsi Jambi. Profil Kesehatan Provinsi Jambi. *J Chem Inf Model*. Published online 2022:192.
7. Farlikhatun. Pengaruh pendampingan mobilisasi dini terhadap nyeri pada pasien *sectio caesarea* di RSUD kabupaten bekasi. *J Keperawatan Muhammadiyah*. 2024;9(2):23-28.
8. Herawati. Terapi relaksasi genggam jari pada ibu *post sectio casaera* dengan nyeri akut. *J keperawatan merdeka*. 2025;5:43-49.
9. Mita. Penerapan teknik mobilisasi dini terhadap penurunan skala nyeri pada pasien *post sectio caesarea* RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *J Med Nusantara*. 2023;1(2):252-263.
10. Wijayanti. Efektifitas teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien 6 jam *post operasi sectio caesarea*. *J Midwifery*. 2022;10(1):83-90.
11. Solehati. Terapi non-farmakologi untuk mengurangi nyeri persalinan *sectio caesarea*: systematic review. *J Ilm Stikes Kendal*. 2022;14(Januari):75-82.
12. Nur. Implementasi relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri akut pada pasien dengan hemoroid. *J Inov Penelit*. 2022;3(4):5875-5882.
13. Selia. Penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pada pasien *post operasi appendiktomi* di ruang bedah RSUD jenderal ahmad yani

- metro. *Cendekia Muda*. 2023;3(4):568-575.
14. Awaliyatun. Implementasi terapi relaksasi genggam jari pada Ny. R dengan nyeri akut *post* operasi *sectio caesarea*. *J Penelit Perawat Prof*. 2025;2(5474):1333-1336.
 15. Pitasari. Penerapan intervensi teknik relaksasi genggam jari pada pasien *ca mammae* dengan masalah nyeri akut. *J ners*. 2025;9:1350-1355.
 16. Harismayanti. Penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan skala nyeri pasien *post op sectio caesarea* di RSIA sitti khadijah kota Gorontalo. *J Inov Ris Ilmu Kesehat*. 2023;1(3):107-116.
 17. Astutik. Pengaruh relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien *post sectio* di ruang delima RSUD Kertosono. *J Ilm Kesehat*. 2020;6(2):30-37.
 18. Erni. Pengaruh relaksasi genggam jari terhadap pasien *pasca* operasi untuk penurunan nyeri *sectio caesarea*. *J Asuhan Ibu dan Anak*. 2023;8(2):89-95.
 19. Elisa. Penerapan teknik relaksasi genggam jari terhadap intensitas nyeri pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* di RST tk. iv. 01.07.01 pematangsiantar. *J Imliah Ilmu Kesehat*. 2024;2(4):624-631.
 20. Desi. Penerapan relaksasi genggam jari terhadap nyeri pada pasien *pasca* operasi *sectio caesarea* di kelurahan pucangsawit. *J Ilmu Kesehat*. 2024;(3).
 21. Wardhana A. *Panduan klinis seksio sesarea*. 2022 cited 2025 Jul 2. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/362966835>
 22. Fitriah. Gambaran indikasi persalinan *sectio caesarea*. *J Keperawatan*. 2022;6(01):01-05.
 23. Asri. Faktor-faktor penyebab terjadinya persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* di ruang bersalin rumah sakit tingkat IV wira bhakti mataram. *J Ilmu Kesehat dan Farm*. 2021;9(2):14-18.
 24. Hikmah. Asuhan keperawatan pada Ny. S dengan *post* operasi *sectio caesarea* indikasi partus tak maju di ruang nusa indah RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *J Ilmu Farm dan Kesehat*. 2023;1(4):65-78.
 25. Mangates. Peyuluhan tentang perawatan ibu yang melahirkan dengan *sectio caesarea*. *J Mitra Keperawatan dan Kebidanan Prima*. 2020;2(2).
 26. Mamuroh. Pendidikan kesehatan mobilisasi dini pada Ibu *post partum pasca sectio caesarea* di ruang Jade RSUD dr Slamet Garut. *J Kreat Pengabd Kpd*

- Masy.* 2024;7(2):668-677.
27. Qrenquar. *Overview of the implementation of finger grasping to reduce pain in post sectio caesarea patients at rsud prof dr w . z . J Eduhealth.* 2024;15(03):547-555.
 28. Fahrurozi. *Diagnosis dalam proses keperawatan. J Ilm Kesehat.* 2021;21(1):14-19.
 29. Persatuan Perawat Nasional Indonesia. *Standar diagnosis keperawatan Indonesia.* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI; 2016.
 30. Siregar M. *Konsep dan tahapan perencanaan keperawatan.* 2020 [cited 2025 Jul 2];1–5. Medan: Universitas Prima Indonesia.
 31. Persatuan Perawat Nasional Indonesia. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).* Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI; 2018.
 32. Vonny E. *Proses keperawatan: Pendekatan teori dan praktik.* Vol. 11. Yogyakarta: Deepublish; 2019.
 33. Hardhi & Nugroho. *Asuhan keperawatan praktis.* Jilid 3. Yogyakarta: Mediacion publishing; 2015.
 34. Rahayu S. *Manajemen Nyeri.* Bandung: Refika Aditama; 2023.
 35. Fachrul. *Penilaian dan modalitas tatalaksana nyeri. J Kedokt nanggroe Med.* 2022;5(3):66-73.
 36. Nurhanifah D. *Manajemen nyeri non farmakologis.* Yogyakarta: Deepublish; 2022
 37. Yogi. *Terapi relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi apendiktomi di ruang bedah RSUD dr. H. Abdul Moeloek. J Pengabd Kpd Masy.* 2024;7:1-23.
 38. Andreyani. *Validitas skala ukur nyeri visual analog and numerik ranting scales terhadap penilaian nyeri. J Heal Sci Res.* 2023;5(2):730-736.
 39. Hakim. *Implementation of finger grip relaxation to the pain scale of dyspepsia patients in rpd b room. J Cendekia Muda.* 2023;3:1-8.
 40. Wati S. *Penurunan skala nyeri pasien post-operasi appendictomy menggunakan teknik relaksasi genggam jari.* Vol. 1. Surabaya: CV Guepedia; 2020.
 41. Perwira. *Application of the finger hand relaxation technique on pain scale in*

- post operating patients in the surgery room of general. J Cendikia Muda.* 2024;4(3):345-351.
42. Afifah. Penerapan intervensi teknik relaksasi genggam jari terhadap nyeri pada pasien *post sectio caesarea* dengan preeklampsia. *J Ilm Keperawatan.* 2023;7(3):172-184.
 43. Hermita. Pengaruh teknik genggam jari (*finger hold*) terhadap penurunan intensitas nyeri operasi sc di rsu sembiring. *J Penelit Keperawatan Med.* 2024;7(2).
 44. Shinta. *The effect of finger-grip relaxation technique on post cesarean section pain.* *Heal Technol J.* 2023;1(5):534-539.
 45. Emara. *Effect of finger handheld relaxation technique on incisional pain intensity among post caesarean women.* *Assiut Sci Nurs J.* 2022;10(33):216-229.
 46. Afifah. *Effect of handheld finger-grip relaxation technique and guided imagery for managing postoperative pain.* *J Nurs Heal.* 2024;07(9):1041-1046.
 47. Kiptiah. *The effect of finger hold relaxation technique on pain intensity in post-caesarean section surgery patients in the crysant room at dr. Abdul Rivai Hospital Berau Regency.* *J Midwifery Nurs.* 2024;6(2):461-469.
 48. Damayanti. Psychological adaptation : *Taking hold of post sectio caesarian primiparous mother.* *J Ilm Ilmu Keperawatan Indones.* 2022;12(04):155-167.
 49. Yin. *Association of delivery mode and number of pregnancies with anorectal manometry data in patients with postpartum constipation.* *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):4-9.
 50. Yilmaz. *The relationship between postpartum physical symptom severity and sleep quality in women with cesarean section.* *Gazi Med J.* 2024;35(4):357-363.
 51. Huether, S. E., & McCance, K. L. (2020). *Understanding pathophysiology* (Edisi ke-7). St. Louis, MO: Mosby.
 52. Potter, P. A. (2020). *Fundamentals of nursing* (Edisi ke-10). St. Louis, MO: Mosby (Elsevier Health Sciences).
 53. Hinkle, J. L. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (Edisi ke-15). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins (Wolters Kluwer Health).

54. Ningsih WT. Buku ajar keperawatan keluarga. Bandar Lampung: PT Sonpedia Publishing Indonesia; 2024.
55. Indy. Asuhan keperawatan keluarga pada penderita hipertensi dengan masalah keperawatan perilaku kesehatan cenderung beresiko. *J Ilmu Farm dan Kesehat*. 2025;1(2):6-43.
56. Irawan. Implementasi relaksasi genggam jari pada pasien *post* Hernia inguinalis lateralis sinistra dengan masalah gangguan nyeri dan ketidaknyamanan. *J Manag Nurs*. 2022;1(4):133-139.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan

Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa : Elliza Puspika Sari

Nim : G1B224043

Tempat Praktek : Ruang Kebidanan

Tgl : 1 Juni 2025

1. Data Umum

Inisial Klien	: Ny. D	Inisia Suami	: Tn. D
Usia	: 27 tahun	Usia Suami	: 34 Tahun
Status Perkawinan	: Menikah	Status Perkawinan	: Menikah
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Pendidikan terakhir	: SMA	Pendidikan terakhir	: SMA
Agama	: Islam		
Suku/Bangsa	: Melayu/Indonesia		
Alamat	: Jambi		

A. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang Lalu

No	Tahun	Tipe Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	BB Lahir	Keadaan Bayi Saat Lahir	Komplikasi Nifas
1	2013	SC	Dokter, Perawat	Perempu an	2,5	Sehat	Tidak ada

B. Riwayat Kehamilan Saat Ini

1. Berapa kali periksa hamil : 9x (1x dalam sebulan)
2. Masalah kehamilan : Tidak ada masalah

C. Riwayat Persalinan Riwayat Ginekologi

1. Jenis persalinan : *Sectio caesarea* (SC)
2. Tanggal/jam : 31 Mei 2025 15.30 Wib
3. Jenis kelamin bayi : Perempuan, BB 4,2 gr, PB 48 cm, A/S
4. Perdarahan : 400 ml (Normal)
5. Masalah dalam persalinan : Tidak ada masalah

D. Riwayat Ginekologi

1. **Masalah ginekologi** : Klien mengatakan tidak ada masalah.
Haid normal dan teratur.
2. **Riwayat KB** : Klien mengatakan bahwa sebelum menggunakan KB ayudi, 4 tahun yang lalu

Data Umum Kesehatan Saat Ini

- A. Status Obsterti** : P 2 A 0 H 2
- Bayi rawat gabung : ya/~~tidak~~
- Jika tidak, alasannya : -
- B. Keadaan Umum** : Baik
- Kesadaran : *Compos menthis* (CM)
- BB saat ini : 68 kg
- TB : 150 cm
- Tanda vital : Td : 105/80 mmHg
- Nadi : 85 x/menit
- S : 35 °C
- RR : 20 x/menit

C. Kepala Leher

1. Kepala : Rambut berwarna hitam, tebal, bentuk kepala bulat.
2. Mata : Pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, tidak rabun, tidak memakai kacamata.
3. Hidung : Tidak terdapat alergi atau riwayat infeksi, tidak terdapat sinusitis, pernapasan cuping (-).
4. Mulut : Tidak terdapat lesi, tidak kesulitan mengunyah, mukosa bibir kering, mulut bersih tanpa sisa makanan, gigi berwarna putih.
5. Telinga : Tidak terdapat benjolan atau serumen, telinga bersih dan tidak berbau, fungsi pendengaran baik

6. Leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
7. Masalah lain : Tidak ada masalah

D. Dada

1. Jantung : Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar normal
2. Paru : Suara nafas vesikuler, tidak ada retraksi dada
3. Payudara : Payudara mengalami perubahan ukuran. Tidak ditemukan pembengkakan, benjolan, maupun nyeri tekan. Terdapat keluarnya cairan berwarna putih (susu) dengan kondisi kulit payudara tampak bersih, tanpa tanda-tanda kemerahan, luka, iritasi, atau adanya sekret abnormal
4. Putting susu : Putting timbul, tidak terdapat lecet, dengan warna kecoklatan
5. Pengeluaran Asi : Lancar
6. Masalah khusus : Tidak ada masalah

E. Abdomen

1. Involusi uterus : Uterus teraba keras, setinggi pusat, proses involusi berjalan normal.
2. Kandung kemih : Kateter urin terpasang pada hari pertama, urin jernih, produksi adekuat. Tidak ada retensi atau distensi.
3. Diastasis rektus abdominis : Tidak teraba adanya diastasis rektus abdominis
4. Fungsi pencernaan : Fungsi pencernaan baik, tidak ada keluhan konstipasi maupun diare, dan nafsu makan dalam kondisi baik.
5. Masalah khusus : Tidak ada masalah

F. Perineum dan genital

1. Vagina

- Integritas kulit : Terdapat luka operasi *post sectio caesarea* (SC) berukuran ± 10 cm. Balutan luka bersih dan kering.
- Edema : Tidak ditemukan edema pada
- Memar : Tidak ditemukan memar
- Hematom : Tidak ditemukan Hematom
2. Perineum : Utuh/ ~~episiotomy/ ruptur~~
- Tanda **REEDA** : R : Kemerahan : Ya/tidak
 E : Bengkak : Ya/tidak
 E : *Echimosis* : Ya/tidak
 D : *Discharge* : Ya/tidak
 A : *Approximate* : Ya/tidak
- Kebersihan : Bersih
3. Lokia
- Jumlah : Sedikit
- Jenis/warna : Rubra (merah segar)
- Konsistensi : Cair
4. Hemoroid
- Derajat : -
- Lokasi : -
- Berapa lama : -
- Nyeri/tidak : -
- Masalah Khusus : Tidak ada masalah

G. Ekstremitas

1. Ekstremitas atas : Edema : Ya/tidak
2. Ekstremitas : Nyeri : Ya/tidak
- Varises : Ya/tidak, lokasi -
3. Masalah khusus : Tidak ada masalah

H. Eliminasi

1. Urine

Kebiasaan BAK : 6 x sehari
BAK saat ini : 4-5 x sehari

2. BAB

Kebiasaan BAB : 1-2 x sehari
BAB saat ini : 1 x sehari
Konstipasi : Ya/tidak

Istirahat dan Kenyamanan

1. Pola tidur

Kebiasaan : Tidur malam nyenyak, tidur siang 1-2 x sehari
Lama : 7-8 per malam
Jam, frekuensi : Tidur pukul 22.00 – 06.00, tidur siang sekitar 30-60 menit sekali atau dua kali sehari
Pola tidur saat ini : Tidur nyenyak, hanya sesekali terbangun untuk menyusui

2. Keluhan ketidaknyamanan : Ya/tidak

Lokasi : -
Sifat : -
Intensitas : -

Mobilisasi dan latihan

1. Tingkat mobilisasi : Mobilisasi ringan (duduk di tepi tempat tidur berjalan ke kamar mandi)
2. Latihan senam : Latihan senam nifas
3. Masalah khusus : Tidak ada masalah

I. Nutrisi dan Cairan

1. Asupan nutrisi : Nafsu makan baik, sudah bisa mengonsumsi makanan lunak dan padat secara bertahap. (Nasi, lauk, sayuran)
2. Asupan cairan : Cukup, konsumsi air putih ±1500–2000 mL/hari.
3. Masalah khusus : Tidak ada masalah nutrisi dan cairan

J. Status Mental

1. Adaptasi psikologis : Tampak tenang dan stabil secara emosional. Pasien sudah berpengalaman karena ini adalah anak kedua, sehingga mampu menyesuaikan diri dengan kondisi *pasca* operasi dengan baik.
2. Penerimaan thd bayi : Baik. Pasien menunjukkan respons positif terhadap bayi, senang saat menyusui dan melakukan kontak langsung (skin-to-skin).
3. Masalah khusus : Tidak ditemukan masalah psikologis. Pasien terlihat siap secara mental dan emosional dalam merawat bayi.

K. Kemampuan Menyusui : Ibu mampu menyusui dengan baik. Produksi ASI sudah mulai keluar, dan posisi serta perlekatan bayi cukup baik. Ibu tampak antusias dan percaya diri saat menyusui. Telah diberikan edukasi mengenai posisi menyusui yang nyaman *pasca sectio caesarea* (SC) dan pentingnya rawat gabung.

L. Obat-Obatan :

Nama obat	Dosis	Indikasi
Infus NaCl 0,9% 500 ml	500 ml IV drip	Rehidrasi, pelarut obat IV, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit
Ketorolac	30 mg IV, 3× sehari	Nyeri sedang hingga berat, nyeri <i>pasca</i> operasi
Asmet (asam mefenamat)	500 mg oral, 3× sehari	Analgesik dan antiinflamasi, nyeri ringan hingga sedang
Cefadroxil	500 mg oral, 2× sehari	Infeksi bakteri (saluran kemih, kulit, saluran napas atas)
Ranitidine	50 mg IV, 2× sehari	Tukak lambung, gastritis, refluks asam, pencegahan iritasi lambung akibat obat
Ceftriaxone	1 g IV, 3× sehari	Infeksi berat: saluran napas, saluran kemih, peritonitis, sepsis, <i>post</i> operasi

M. Keadaan Umum Ibu

Tanda vital : TD : 105/80 mmHg
Nadi : 85 x/menit

S : 35 °C

RR : 20 x/menit

N. Jenis Persalinan : *Sectio casaera* (SC)

O. Proses Persalinan :

Kala I : Tidak melalui kala I (SC elektif)

Kala II : Tidak melalui kala II

Kala III : ±5 menit

P. Komplikasi Persalinan

Ibu : Tidak ada masalah

Janin : Tidak ada masalah

Q. Lamanya ketuban pecah : ± 3 jam sebelum operasi

Kondisi ketuban : Jernih, tidak berbau

Keadaan Bayi Saat Lahir

A. Lahir Tanggal : 31 Mei 2025

B. Kelahiran : Tunggal/~~Gemeli~~

C. Tindakan Resusitasi : -

D. Plasenta : Berat : 600 gram Tali Pusat : Panjang 55 cm

Ukuran : 20 x 18 x 2,5 cm

Jumlah pembuluh darah : 3 (2 arteri, 1 vena)

Kelainan : Tidak ditemukan kelainan

NILAI APGAR

TANDA	NILAI			JUMLAH
	0	1	2	
Denyut Jantung	() Tidak ada	() <100	(☒) <100	2
Usaha Napas	() Tidak ada	() Lambat	(☒) Menangis kuat	2
Tonus Otot	() Lumpuh	() Ekstremitas fleksi sedikit	(☒) Gerakan aktif	2
Reflex	() Tidak bereaksi	(☒) gerakan sedikit	() Reaksi melawan	1
Warna	() Biru/pucat	() Tubuh kemerahan	(☒) Kemerahan	2

Hasil Pemeriksaan Penunjang :

Pemeriksaan laboratorium

Nama Pasien : Ny. D

No Rm : 1079012

Tanggal : 30 Mei 2025

Ruangan : IGD

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
Hematologi			
Wbc	8.81	5.00-11.60	Normal
LYM%	18.5	19.1-84.5	Sedikit di bawah normal
MID	5.5	4.5-12.1	Normal
GRA%	76.0	43.6-73.4	Sedikit meningkat
LYM	1.63	1.30-4.00	Normal
MID	0.48	0.30-1.00	Normal
GRA	6.70	2.40-7.60	Normal tinggi
HGB	9.6	11.5-17.3	Rendah
MCH	21.0	27.5-32.4	Rendah
MCHC	34.5	31.7-34.2	Sedikit tinggi
MCV	60.9	84.0-98.0	Rendah
RBC	4.56	3.79-5.78	Normal
RDWS	28.3	36.2-49.7	Rendah
RDWC	17.3	11.1-14.0	Tinggi
HCT	27.78	34.00-53.90	Rendah
PLT	276	156-342	Normal
PCT	0.23	0.16-0.36	Normal
PDWS	14.4	11.1-19.7	Normal
PDWC	42.2	37.8-43.6	Normal
MPV	8.4	8.3-12.1	Normal
P-LCC	86	55-139	Normal
P-LCR	31.34	25.30-53.80	Normal
Kimia Klinik			
Gula Darah Sewaktu	118	<200	Normal

Analisa Data

Data	Penyebab	Masalah
DS :	Agan pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)
1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas <i>post sectio caesarea</i> (SC)		
2. P : Nyeri bertambah ketika bergerak		

Q : Nyeri seperti
ditusuk-tusuk
R : Nyeri pada bagian
perut
S : 5 (nyeri sedang)
T : Nyeri hilang
timbul

DO :

1. Pasien tampak
meringis
2. Pasien tampak gelisah
3. Pasien tampak
bersikap protektif
4. TTV
Td : 115/85
Nadi : 85 x/menit
RR : 20 x/menit
S : 36,5 °C

DS :

1. Klien mengatakan
nyeri pada bagian luka
post *sectio caesarea*
(SC)
2. Klien mengatakan
luka post *sectio*
caesarea (SC) belum
pernah dilakukan
perawatan luka

Prosedur invasif

Resiko infeksi (D.0142)

DO :

1. Klien post *sectio*
caesarea (SC) hari ke
1
 2. Klien tampak
meringis
 3. Terdapat luka post sc
kurang lebih 10 cm
 4. Tanda-tanda infeksi
Rubor : Nyeri skala 5
(Nyeri sedang)
Kalor : Suhu pada
luka 36 °C
Dolor : Tidak terdapat
kemerahan
Fungsi laes : Nyeri
saat bergerak
-

Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Diagnosa Keperawatan	TTD
1.	01 Juni 2025/ 08.00-14.00 wib (Dinas Pagi)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	
2.	01 Juni 2025/ 08.00 wib-14.00 wib (Dinas Pagi)	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan prosedur invasif (D.0142)	

Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut	SLKI L.08066 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri pasien menurun 2. Meringis pasien menurun 3. Skala nyeri berkurang 0-3 4. Kegelisahan otot pasien menurun 5. Ketegangan otot pasien	Manajemen nyeri SIKI 1.08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 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 analgesik Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologi dengan terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan

			sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan <i>analgesic</i> secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian <i>analgesic</i> Pencegahan infeksi SIKI I.14508 Obsevasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik <i>aseptic</i> pada klien berisiko tinggi. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Pemberian obat <i>ceftriaxone</i>
2.	Resiko infeksi	SLKI L14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Nyeri 2. menurunSensasi membaik 3. Integritas dan jaringan membaik	

Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal, Jam	Tindakan Keperawatan	Respon	TTD
1	Nyeri Akut	Minggu, 1 Juni 2025 09.00 Wib (Dinas Pagi)	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Menyediakan materi dan media Pendidikan kesehatan - Memberikan teknik non farmakolgi relaksasi genggam jari untuk mengurangi rasa nyeri - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Melakukan pengkajian nyeri setelah dilakukan Terapi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri - Menjelaskan penyebab nyeri - Menjelaskan strategi mengatasi nyeri - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Mengajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri - Mengkolaborasikan pemberian <i>analgesic</i> obat Pereda nyeri	S : - Ny. D mengatakan P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul - Ny. D mengatakan nyeri bertambah Ketika bergerak - Ny. D mengatakan mau mencoba teknik relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri yang dirasakan - Ny. D mengatakan paham penyebab nyeri - Ny. D dan keluarga mengerti strategi cara mengatasi nyeri dengan	

			relaksasi genggam jari.
			O :
		1.	Pada saat melakukan terapi Ny. D tampak kurang nyaman
		2.	Pada saat melakukan prosedur Tindakan relaksasi genggam jari Ny. D masih tampak bingung dan membutuhkan bimbingan
		3.	Skala nyeri setelah melakukan relaksasi genggam jari : 4
		4.	Masuk keterolac, asmet
Resiko Infeksi	13.00 Wib (Dinas Pagi)	1.	Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis
		2.	Membatasi jumlah pengunjung
		3.	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
		4.	Mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi.
		5.	Menjelaskan
			S :
		1.	Menganjurkan pembatasan jumlah pengunjung
		2.	Ny. D mengatakan sakit pada saat pemberian obat
			O :
		1.	Balutan luka klien pada abdomen masih

			tanda dan gejala infeksi	2. merah
			6. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Ny. D tampak memperhatikan cara mencuci tangan
			7. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	3. Ny. D tampak terlihat bingung dengan penjelasan tanda dan gejala infeksi
			8. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	
			9. Mengajukan meningkatkan asupan cairan	
			10. Memberikan obat <i>ceftriaxone</i>	4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat masih salah cara mencuci tangan 6 langkah
				5. Keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi SC
2	Nyeri Akut	Senin, 2 Juni 2025 15.31 Wib (Dinas Siang)	1. Mengidentifikasi skala nyeri	S : 1. Ny. D mengatakan
			2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	P : Nyeri post op SC
			3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk
			4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi	R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 4

	genggam jari untuk mengurangi nyeri.		T: Nyeri hilang timbul
5.	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	2.	Ny. D mengatakan masih nyeri dan bertambah ketika bergerak
6.	Menganjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri	3.	Ny. D mengatakan ketika bergerak masih terasa nyeri tetapi sudah mulai berkurang
7.	Mengkolaborasi pemberian <i>analgesic</i>	4.	Ny. D mengatakan sudah memahami terapi relaksasi genggam jari
		O :	
		1.	Ny. D tampak tidak bingung lagi
		2.	Ny. D tampak sudah mampu mengatur posisi senyaman mungkin dan mampu mengikuti prosedur teknik relaksasi genggam jari, Ny. D tampak lebih rileks
		3.	Ny. D

				mengatakan mengikuti anjuran perawat dengan minum obat tepat waktu
				4. Skala nyeri setelah melakukan relaksasi genggam jari : 3
				5. Kolaborasi injeksi ketorolac, asmet
Resiko Infeksi	18.00 Wib (Dinas Siang)	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis	S:	
		2. Membatasi jumlah pengunjung	O:	
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1.	Balutan luka Ny. D pada perut tidak merah seperti kemarin
		4. Mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi.	2.	Tampak sudah ada pembatasan jumlah pengunjung
		5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	3.	Ny. D dan keluarga tampak sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Ny. D dan lingkungan walaupun terkadang masih salah
		6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi		
		7. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi		
		8. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan	4.	Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah
		9. Memberikan obat <i>ceftriaxone</i>		

				menerapkan mencuci tangan 6 langkah walaupun terkadang masih salah 5. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan pemeriksaan kondisi luka operasi
3	Nyeri Akut	Selasa, 3 Juni 2025 14.30 Wib (Dinas Siang)	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memberikan teknik non farmakologi dengan terapi genggam jari untuk mengurangi nyeri. 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Menganjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri 7. Mengkolaborasi pemberian <i>analgesic</i>	S : 1. Ny. D mengatakan P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul 2. Ny. D mengatakan lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman membuat klien lebih rileks 3. Ny. D mengatakan kemarin pagi mempraktekan terapi

				relaksasi genggam jari
			4.	Ny. D mengatakan siap untuk melakukan terapi relaksasi genggam jari
			5.	Ny. D mengatakan nyerinya sudah lebih berkurang setelah melakukan relaksasi genggam jari
			O:	
			1.	Ny. D tampak lebih tenang
			2.	Ny. D tampak bersemanga t
			3.	Ny. D tampak mengerti terhadap penjelasan perawat prosedur relaksasi genggam jari dan pendukung terapi genggam jari
			4.	Skala nyeri setelah relaksasi genggam jari : 2
Resiko Infeksi	17.00 Wib (Dinas Siang)	1.	Memonitor tanda dan gejala infeksi	S:

			lokal dan sistematik 2. Membatasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi. 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 7. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan	O: 1. Balutan luka Ny. D pada perut sudah mulai membaik 2. Jumlah pengunjung Nampak sudah dibatasi 3. Ny. D tampak sudah paham tanda dan gejala infeksi 4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah benar cara mencuci tangan 6 langkah 5. keluarga Ny. D masih tampak sudah tidak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi
4	Nyeri Akut	Rabu, 4 Juni 2025 09.00 Wib (Dinas Pagi)	1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4. Memberikan teknik non	S: 1. Ny. D mengatakan tidak lagi nyeri dan diperbolehk an pulang P : Nyeri post op SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-

	farmakologi dengan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri.	tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 2 T: Nyeri hilang timbul
5.	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	
6.	Menganjurkan memonitor skala nyeri secara mandiri	2. Ny. D mengatakan apabila nyerinya muncul, Ny. D akan melakukan terapi relaksasi genggam jari
7.	Mengkolaborasi pemberian <i>analgesic</i>	
		O:
		1. Ny. D tampak tidak meringis lagi
		2. Ny. D tampak bersemangat
		3. Ny. D tampak mampu mempraktekan terapi relaksasi genggam jari
		4. Skala nyeri setelah melakukan relaksasi genggam jari : 1

Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa	Hari, tanggal, jam	Evaluasi
1.	Nyeri akut	Minggu, 1 Juni 2025 10.00ib (Dinas Pagi)	S: 1. Ny. D mengatakan masih bingung tentang cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan ingin mengurangi nyeri yang dirasakannya 3. Ny. D mengatakan senang diajarkan tentang relaksasi genggam jari P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul O: 1. Ny. D masih tampak bingung Ketika diajarkan terapi relaksasi genggam jari 2. Ruangan tampak kurang tenang karena banyaknya pengunjung 3. Ny. D tampak memperhatikan bagaimana cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 4. Ny. D tampak masih kurang rileks saat melakukan terapi relaksasi genggam jari. A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19 S: 1. Mengajukan pembatasan jumlah pengunjung 2. Ny. D mengatakan sakit pada saat pemberian obat O: 1. Balutan luka klien pada perut masih merah 2. Ny. D tampak memperhatikan cara mencuci tangan 3. Ny. D tampak terlihat
	Resiko infeksi	14.0 ib (Dinas Pagi)	

			bingung dengan penjelasan tanda dan gejala infeksi
			4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat masih salah cara mencuci tangan 6 langkah
			5. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi
			A: Masalah belum teratasi
			P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11
2.	Nyeri akut	Senin, 2 Juni 2024 15.45ib (Dinas Siang)	S: 1. Ny. D mengatakan sudah sedikit paham cara melakukan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan P : Nyeri <i>post op</i> SC Q: Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut S : Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul O: 1. Ny. D tampak tenang dan rileks 2. Ny. D tampak tidak bingung lagi 3. Ny. D tampak mampu melakukan terapi relaksasi genggam jari A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19
	Resiko Infeksi	19.30 Wib (Dinas Siang)	S: Ny. D mengatakan luka pada perut sudah tidak semerah kemarin O: 1. Balutan luka Ny. D pada perut tidak semerah seperti kemarin 2. Tampak sudah ada pembatasan jumlah pengunjung 3. Ny. D dan keluarga klien tampak sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan Ny. D dan lingkungan walaupun terkadang masih salah 4. Ny. D tampak mulai

			mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 5. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah menerapkan mencuci tangan 6 langkah walaupun terkadang masih salah 6. keluarga Ny. D masih tampak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,8,9,10 S: 1. Ny. D mengatakan kemarin pagi mempraktekan terapi relaksasi genggam jari 2. Ny. D mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dari sebelumnya setelah melakukan terapi relaksasi genggam jari 3. Ny. D mengatakan lingkungan yang tenang dan posisi yang nyaman membuat klien lebih fokus dan lebih rileks O: 1. Ny. D tampak lebih tenang 2. Ny. D tampak bersemangat 3. Ny. D tampak paham mengenai penjelasan perawat mengenai pendekatan dalam relaksasi genggam jari dan prosedur dalam relaksasi genggam jari 4. Skala nyeri berkurang menjadi 3 setelah diberikan terapi relaksasi genggam jari. A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan 2,3,8,10,11,16,19 S: Ny. D mengatakan luka pada perut sudah membaik O: 1. Balutan luka Ny. D pada perut sudah mulai membaik 2. Jumlah pengunjung Nampak sudah dibatasi
3.	Nyeri akut	Selasa, 3 Juni 2025 15.21 Wib	
	Resiko infeksi	19.46 Wib	

			3. Ny. D tampak sudah paham tanda dan gejala infeksi 4. Ny. D dan keluarga tampak terlihat sudah benar cara mencuci tangan 6 langkah 5. keluarga Ny. D masih tampak sudah tidak terlihat takut untuk melakukan memeriksa kondisi luka operasi
1.	Nyeri akut	Rabu, 4 Mei 2025 a. Wib (Dinas Pagi)	A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan S: 1. Ny. D mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dan dan Ny. D sudah diperbolehkan pulang 2. Ny. D sudah mampu bergerak 3. Ny. D mengatakan apabila nyerinya muncul, Ny. D akan melakukan terapi relaksasi genggam jari O: 1. Ny. D tampak tidak meringis lagi 2. Ny. D tampak bersemangat 3. Ny. D tampak mampu melakukan sendiri dalam melakukan terapi relaksasi genggam jari 4. Skala nyeri berkurang menjadi 1 setelah Ny. D melakukan terapi relaksasi genggam jari A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan

Lampiran 2 Persetujuan Menjadi Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Den Andriani

Umur : 22 Tahun

Alamat: Jambi

Dengan ini menyatakan saya bersedia menjadi responden pada karya ilmiah yang berjudul "Efektivitas Terapi Distraksi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Op SC di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi ". Setelah saya membaca dan memahami penjelasan yang telah diberikan, saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi saya. Segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak lain.

Minggu, Jambi, 1 ~~Agustus~~ 2025

(Den Andriani)

Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur (SOP)

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI
Pengertian	Teknik relaksasi gengam jari merupakan perpaduan antara latihan pernapasan dalam dan gerakan menggenggam jari-jari tangan. Metode ini menghasilkan sensasi nyaman yang mampu memberikan ketenangan secara fisik dan mental, sehingga dapat membantu meningkatkan kemampuan individu dalam mentoleransi rasa nyeri
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut, dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir, dan terancam 3. Memberikan sensasi rasa nyaman 4. Menenangkan pikiran dan mengendalikan emosi
Prosedur	Tahap Orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik 3. Menjelaskan prosedur pelaksanaan 4. Meminta persetujuan dari responden Tahap Kerja 1. Posisikan pasien dalam keadaan nyaman, baik duduk maupun berbaring di tempat yang tenang. 2. Tutup mata dan lakukan pernapasan relaksasi: tarik napas perlahan dan dalam melalui hidung selama 4 detik, tahan selama 4 detik, lalu hembuskan perlahan melalui mulut selama 6 detik. Pertahankan pola ini selama latihan berlangsung. 3. Genggam ibu jari secara perlahan hingga terasa denyut nadi, dan pertahankan selama 3 menit sambil terus menjaga irama napas. 4. Lanjutkan dengan menggenggam jari telunjuk secara perlahan hingga terasa denyut nadi, selama 3 menit. 5. Genggam jari tengah dengan cara yang sama, perlahan hingga terasa denyut nadi, dan pertahankan selama 3 menit. 6. Pindah ke jari manis, genggam perlahan hingga terasa denyut nadi, dan tahan selama 3 menit. 7. Terakhir, genggam jari kelingking secara perlahan hingga terasa denyut nadi, selama 3 menit. Total durasi latihan ini adalah 15 menit, dan sebaiknya dilakukan di tempat yang tenang untuk hasil yang optimal. Tahap Terminasi 1. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan pasien 2. Lakukan evaluasi, catat, dan dokumentasikan hasil observasi
Referensi	Afifah 2023⁴².

Lampiran 4 Dokumentasi



Lampiran 5 Instrumen Pengukuran Nyeri

LEMBAR OBSERVASI INSTRUMEN PENGUKURAN NYERI

Nama responden (inisial) : Devi anandawati

Petunjuk Pengukuran Nyeri

Berilah lingkaran pada salah satu angka dibawah in yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan. Semakin besar angka maka semakin besar nyeri yang Anda rasakan.

A. Sebelum melakukan intervensi (*pre-test*)

Hasilnya : 5 (nyeri sedang)

Skala Nyeri

Numeric Rating Scale



B. Setelah dilakukan intervensi (*post-test*)

Hasilnya : 4

Skala Nyeri

Numeric Rating Scale



Lampiran 6 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN DAN PENGUKURAN NYERI

Tanggal Pelaksanaan	Sala Nyeri Sebelum	Skala Nyeri Sesudah	Keterangan
1 Juni 2021 (Minggu)	5 (nyeri sedang)	4 (nyeri sedang)	berkurang
Senin, 2 Juni 2021	4 (nyeri sedang)	3 (nyeri ringan)	berkurang
Selasa, 3 Juni 2021	3 (nyeri ringan)	2 (nyeri ringan)	berkurang
Rabu, 4 Juni 2021	2 (nyeri ringan)	1 (nyeri ringan)	berkurang

Lampiran 7 Absensi Penelitian

LEMBAR ABSENSI PENELITIAN MAHASISWA PROFESI NERS UNJA DI RSUD RADEN MATTATHER JAMBI TAHUN 2025

Nama Mahasiswa : Ellha Purpika sari
 Nama Institusi : Universitas Jambi
 Tempat pelaksanaan : Ruang Kebidanan Jambi

No	Hari/Tanggal	Uraian	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Katim/PP
1.	Minggu - 1 Juni 2025	Pengkajian (Linus Pagi)		 Bdn yuli andri agus SST
2.	Senin - 2 Juni 2025	Implementasi (Linus Siang)		 Bdn yuli andri agus SST
3.	Selasa - 3 Juni 2025	Implementasi (Linus Siang)		 Bdn yuli andri agus SST
4.	Rabu - 4 Juni 2025	Implementasi (Linus Pagi)		 Bdn yuli andri agus SST
5.	Kamis - 5 Juni 2025	(Linus Pagi)		 Bdn yuli andri agus SST
6.				
7.				

Jambi, 5 Juni 2025
 Pembimbing/CI


 Bdn Andri SST Bdn

Lampiran 8 Data SC

Data Pasien SC RSUD RADEN MATTATHER JAMBI 2025

Januari	20 Pasien
Februari	13 Pasien
Maret	19 Pasien
April	22 Pasien
Mei	25 Pasien
Total 99 Pasien	