

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI *HAND AND FOOT MASSAGE* PADA PASIEN PASIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH NYERI MENGGUNAKAN MODEL 11 POLA FUNGSIONAL GORDON DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)  
Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADASAMARINDA**

**2017**

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI *HAND AND FOOT MASSAGE*  
PADA PASIEN POST SEKSIO SESAREA DENGAN MASALAH NYERI  
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL 11 POLA FUNGSIONAL  
GORDON DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB  
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

RISTY ANGGRAINI

NIM: P.1605.248

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 12 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Arome Bernadetta Silalahi, S.Kep

NIP:19700521.199402.2.001

PENGUJI II

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.82.09.006

Mengetahui,

Ketua  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep  
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep  
NIK:113072.86.14.071

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerah-Nya saya dapat dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Aplikasi Model 11 Pola Fungsional Gordon Pada Pasien Post Seksio Sesarea Yang Mengalami Masalah Nyeri Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

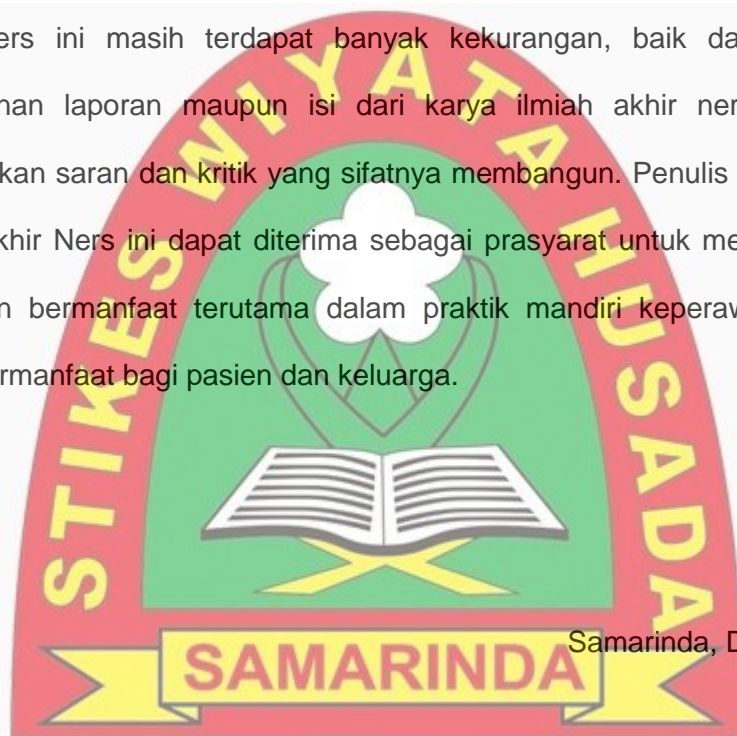
Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Edy Mulyono, Ns., S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Sumiati Sinaga S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberi saran, arahan dan bimbingan kepada saya dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini,
4. Ns. Arome Silalahi S.Kep selaku pembimbing klinik yang telah membimbing dan mengarahkan saya dalam pelaksanaan praktik klinik serta memberikan saran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Seluruh Tim dan pegawai ruangan Mawar yang telah banyak membantu dalam mencari pasien yang akan dikelola.

6. Teman-teman stase peminatan Maternitas yang selalu mendukung satu sama lain.
7. Kepada semua pihak yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, terima kasih atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan.

Semoga Tuhan senantiasa membalas kebaikan serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah

Akhir Ners ini masih terdapat banyak kekurangan, baik dalam penulisan, penyusunan laporan maupun isi dari karya ilmiah akhir ners ini sehingga memerlukan saran dan kritik yang sifatnya membangun. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diterima sebagai prasyarat untuk memperoleh gelar Ners dan bermanfaat terutama dalam praktik mandiri keperawatan sehingga dapat bermanfaat bagi pasien dan keluarga.



Samarinda, Desember 2017

Peneliti

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi *Hand and Foot Massage* Pada Klien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Utama Nyeri Menggunakan Pendekatan Teori 11 Pola Fungsional Gordon di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Risty Anggraini<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Arome Bernadetta Silalahi<sup>3</sup>

Seksio sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim. Masalah yang muncul pasca seksio sesarea adalah nyeri akibat insisi yang terjadi pada jaringan. Pendekatan teori pola fungsional Gordon menjadikan 11 pola kesehatan sebagai acuan seorang individu dalam keadaan sehat, salah satunya adalah pola persepsi kognisi yang mencakup persepsi yang dirasakan oleh individu terhadap suatu stimulus, termasuk persepsi nyeri yang dirasakan oleh individu. perawat berperan dalam mengembangkan terapi mandiri dalam meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi nyeri, salah satu intervensi mandiri yang dapat dilakukan perawat dalam menangani nyeri adalah *hand and foot massage*. Dalam karya ilmiah ini ada 5 pasien kelolaan yang mendapatkan terapi *hand and foot massage*. Setelah dilakukan terapi *hand and foot massage* terjadi penurunan skala nyeri pada 5 pasien yang dinilai dengan menggunakan NRS (*numeric rating scale*). Teori 11 pola fungsional Gordon dapat diterapkan pada klien yang mengalami nyeri post seksio sesarea karena menyediakan kerangka pengkajian yang memungkinkan terkumpulnya data yang tidak hanya berfokus pada satu aspek fungsional

Kata Kunci : Nyeri, Seksio Sesarea, Hand and Foot Massage

<sup>1</sup>Program Studi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Dosen Keperawatan, Rumah Sakit Umum Abdul, Wahab Sjahranie Samarinda

## DAFTAR ISI

	<b>Hal</b>
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Kata Pengantar.....	iii
Abstrak .....	iv
Daftar Isi.....	v
Daftar Gambar.....	vi
Daftar Lampiran.....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Seksio Sesarea .....	5
B. Konsep Nyeri .....	7
C. Intervensi Terpilih Hand and Foot Massage.....	9
D. Teori 11 Pola Fungsional Gordon .....	11
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
A. Deskripsi Kasus .....	14
1. Kasus I.....	14
2. Kasus II.....	16
3. Kasus III.....	17
4. Kasus IV.....	18
5. Kasus V.....	19
B. Aplikasi 11 Pola Fungsional Gordon .....	21
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Pembahasan Penerapan 11 Pola Fungsional Gordon .....	25
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa.....	28
3. Intervensi .....	28
4. Implementasi .....	28
5. Evaluasi .....	29
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	31
B. Saran.....	32
DAFTAR PUSTAKA.....	34
LAMPIRAN	

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hal</b>
Gambar 2.1 Numerik Rating Scale .....	9
Gambar 2.2 Teori Gate control .....	10



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SOP *Hand and Foot Massage*
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Lembar *check list*
- Lampiran 4 Lembar Observasi Nyeri
- Lampiran 5 Asuhan Keperawatan Kasus Utama
- Lampiran 6 Jurnal Terkait



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim (*Medical Mini Notes obstetric*, 2015). Survei Nasional pada tahun 2009, 921.000 persalinan dengan operasi cesar dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan dan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie angka kejadian persalinan dengan seksio sesarea mencapai 236 kasus selama bulan Agustus 2017 sampai Oktober 2017.

Insisi yang dilakukan pada proses seksio sesarea akan menimbulkan nyeri pasca operasi, nyeri tersebut dapat menyebabkan hambatan dalam mobilisasi pasca operasi. Jaringan yang mengalami luka atau insisi akan menstimulasi produksi beberapa algesiogenik kimia yaitu lain bradikidin dan prostaglandin. Bradikidin merupakan perangsang reseptor nyeri, sedangkan prostaglandin terdapat dua jenis yaitu hiperalgesia yang dapat menimbulkan nyeri dan PG (E1, E2, F2A yang dapat menimbulkan nyeri. (Guyton, 2008)

Penanganan yang umum dilakukan untuk mengatasi nyeri pasca operasi yaitu penanganan secara farmakologis, dengan penggunaan analgesik. Analgesik dan NSAID digunakan untuk mengatasi nyeri dengan bekerja sebagai prostaglandin inhibitor sehingga mengurangi respon nyeri yang dirasakan, namun penggunaan analgesic dan obat-obatan jenis NSAID dapat menimbulkan efek samping seperti gangguan gastrointestinal, konstipasi, mual, muntah, depresi pernapasan hingga gangguan metabolisme hati. Mempertimbangkan efek samping yang dapat disebabkan oleh penggunaan analgesik, maka dibutuhkan upaya penanganan non farmakologi yang tidak memiliki efek samping serta dapat dilakukan perawat sebagai intervensi serta dapat diajarkan kepada pasien dan keluarga untuk dilakukan secara mandiri (Black and Hawks, 2014).

Terapi non farmakologis biasanya berupa intervensi fisik dan intervensi perilaku kognitif yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan, meningkatkan mobilitas, mengubah persepsi nyeri serta membantu respon fisiologis. Terdapat berbagai jenis terapi non farmakologis yang telah

diterapkan, terapi tersebut dikategorikan menjadi dua, yaitu intervensi perilaku kognitif dan terapi intervensi fisik. Terapi perilaku kognitif meliputi distraksi, relaksasi, terapi musik, dan biofeedback (Black and Hawks, 2014). Terapi intervensi fisik antara lain *massage*, akupuntur, dan akupresur (Achar, 2012). *Massase/pijat* merupakan suatu intervensi fisik yang dapat dilakukan di beberapa bagian tubuh untuk meningkatkan fungsi fisiologis dan relaksasi. *Massase* dapat dilakukan di beberapa bagian tubuh, diantaranya pada punggung, pundak, kaki, dan tangan (Irani et al. 2015).

*Hand-foot massage* adalah pijatan yang difokuskan pada area kaki dan tangan, pijat menggunakan manipulasi tertentu pada jaringan lunak tubuh untuk meningkatkan kenyamanan dan mengurangi nyeri. Reseptor rasa sakit paling banyak terdapat pada kaki dan tangan, masing-masing ekstremitas terdapat lebih dari 7.000 ujung serabut saraf. *Hand-foot massage* menstimulasi serabut saraf untuk memproduksi endorphin agar mengurangi respon nyeri yang dirasakan. Degirmen et al. (2010) dengan penelitian *Efectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women*, melakukan penelitian mengenai *Hand-foot massage* pada perempuan pasca seksio sesarea dan didapatkan hasil bahwa *Hand-foot massage* merupakan sebuah intervensi keperawatan yang efektif dalam menangani nyeri post operatif. Irani et al. (2015) juga melakukan penelitian serupa dengan judul *The effect of hand and foot massage on post-cesarean pain and anxiety*, dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa *hand and foot massage* tidak hanya efektif meredakan nyeri tetapi juga efektif mengurangi kecemasan. Penelitian mengenai efektifitas *Hand-foot massage* tidak hanya diterapkan pada nyeri pasca seksio sesarea saja, namun juga dilakukan pada kasus lain seperti pada pasien bedah jantung, seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Maif et al. (2014) dengan judul *a study on the impact of foot and hand massage on postoperative pain and sedative drug use in cardiac surgery patients*, dengan hasil bahwa *Hand-foot massage* efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien bedah jantung (Irani et al. 2015).

Dalam menjalankan proses keperawatan, langkah pertama yang dilakukan oleh perawat yaitu pengkajian. Data-data yang didapatkan melalui pengkajian akan digunakan untuk menyimpulkan sebuah diagnosa. Dalam NANDA 2015-2017 disebutkan bahwa pengkajian yang dilakukan oleh

perawat dapat didasarkan pada teori keperawatan tertentu atau menggunakan kerangka pengkajian standar yang salah satunya adalah pola kesehatan fungsional menurut Marjory Gordon. Kerangka ini menyediakan cara mengategorikan data dalam jumlah besar kedalam jumlah yang dikelola berdasarkan pola atau kategori data terkait. Teori fungsional Gordon berfokus pada 11 Pola fungsional yang saling berkaitan secara biologis, psikologis, social dan spiritual. 11 pola fungsional Gordon meliputi pola persepsi-managemen kesehatan, pola nurtisi–metabolik, pola eliminasi, pola latihan-aktivitas, pola kognitif perseptual, pola istirahat-tidur, pola konsep diri-persepsi diri, Pola peran dan hubungan, pola reproduksi/seksual, pola pertahanan diri (coping-toleransi stres), pola keyakinan dan nilai. Dalam Karya ilmiah ini penulis berfokus pada masalah keperawatan nyeri pada pasien post seksio sesarea. Nyeri merupakan suatu persepsi individu yang sifatnya sangat subjektif. Menurut teori fungsional Gordon nyeri termasuk dalam pola fungsional kognitif perseptual karena meliputi persepsi yang dirasakan oleh seorang individu terhadap suatu stimulus.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Aplikasi Terapi *Hand-foot Massage* pada Klien Post Seksio Sesarea yang Mengalami Nyeri dengan Menggunakan Pendekatan Teori Pola Fungsional Gordon di Ruang Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## B. Tujuan Penulisan

### 1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap efektivitas *hand-foot massage* pada kasus kelolaan klien dengan nyeri pasca seksio sesarea dengan menggunakan pendekatan Teori Pola Fungsional Gordon di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi pengkajian pada klien post seksio sesarea dengan masalah nyeri.
- b) Mengidentifikasi masalah keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah nyeri.

- c) Mengidentifikasi intervensi pada pada klien post seksio sesarea dengan masalah nyeri.
- d) Mengidentifikasi evaluasi pada klien post seksio sesarea dengan masalah nyeri.
- e) Menganalisis efektivitas penggunaan terapi *hand-foot massage* terhadap nyeri pada pasien post seksio sesarea.

### C. Manfaat Penulisan

#### 1. Bagi instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberikan gambaran bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien post seksio sesarea dengan menggunakan pendekatan teori 11 pola fungsional Gordon.

#### 2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini secara praktis diharapkan diterapkan sebagai intervensi mandiri Kebidanan dan Keperawatan untuk mengatasi nyeri post seksio sesarea.



## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. Konsep Dasar Seksio Sesarea

Persalinan merupakan proses untuk mendorong keluar atau ekspulsi hasil pembuahan yaitu janin, plasenta dan ketuban dari dalam uterus lewat vagina ke dunia luar. Normalnya, proses ini berlangsung pada suatu saat ketika uterus tidak dapat tumbuh lebih besar lagi, ketika janin sudah cukup *mature* untuk dapat hidup di luar rahim. Persalinan normal adalah persalinan yang cukup bulan (*aterm*), tidak *premature* maupun *postmature*, mempunyai onset yang spontan tidak diinduksi, dan mencakup kelahiran plasenta yang normal (Farer, 2001).

Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan antara lain *power*, *passage*, dan *passager*. *Power* merupakan kontraksi dan retraksi otot-otot rahim plus kerja otot-otot volunteer dari ibu, yaitu kontraksi otot perut dan diafragma sewaktu ibu meneran. *Passage* merupakan jalan lahir yang akan dilalui oleh janin untuk keluar, yaitu serviks, vagina dan dasar panggul. *Passager* yaitu janin secara khusus pada bagian kepala, placenta, selaput dan cairan ketuban/amnion (Farer, 2001).

Apabila terdapat masalah pada faktor-faktor penentu keberhasilan sebuah persalinan, maka persalinan spontan tidak dapat dilakukan, dan digantikan dengan cara seksio sesarea. Seksio sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding Rahim (*Medical Mini Notes Obstetric*, 2016).

Di Indonesia angka kejadian operasi cesar mengalami peningkatan pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan operasi cesar 47,22%, tahun 2001 sebesar 45,19 %, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, dan tahun 2006 sebesar 53,68% dan tahun 2007 belum terdapat data yang signifikan. Survei Nasional pada tahun 2009, 921.000 persalinan dengan operasi cesar dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan. Indikasi dilakukannya seksio sesarea yaitu :

1. Indikasi Ibu
  - a. Disproporsi cefalofelvik

- b. Pelvis kecil atau malformasi
  - c. Bekas seksio sesarea dengan indikasi disproporsi cefalofelvik
  - d. Disfungsi uterus
  - e. Distosia jaringan lunak
  - f. Placenta previa
2. Indikasi Janin
- a. Janin sangat besar
  - b. Gawat janin
  - c. Letak lintang
  - d. Presentasi bokong pada primigravida
  - e. *Double footling breech*

Jenis Seksio sesarea yang dilakukan tergantung dengan indikasi dan kebutuhan pasien. Adapun jenis-jenis seksio sesarea adalah :

1. Seksio Sesarea Klasik

Merupakan seksio sesarea dengan karakteristik insisi uterus berupa insisi vertical pada korpus uteri hingga mencapai fundus uteri. Seksio sesarea jenis ini lebih dianjurkan pada keadaan-keadaan, seperti perlekatan segmen bawah uterus pada bekas seksio sesarea, kembar siam, tumor (mioma uteri) di bawah uterus, hipervaskularisasi segmen bawah uterus (pada plasenta previa), dan karsinoma serviks, namun kekurangan seksio jenis ini yaitu tidak memungkinkan untuk persalinan spontan pada persalinan berikutnya (Farer, 2001).

2. Seksio Sesarea Transperitoneal Profunda

Seksio sesarea jenis ini memiliki karakteristik insisi uterus transversal pada segmen bawah uterus. Kelebihan seksio jenis ini antara lain, penutupan luka sayatan lebih mudah insisi terletak pada lokasi yang amat kecil kemungkinan untuk ruptur sehingga akan memungkinkan untuk proses persalinan spontan pada persalinan berikutnya, tidak memicu perlengketan antara insisi dengan usus atau omentum. Meskipun demikian, seksio sesarea jenis ini memiliki kekurangan yaitu tidak dapat dilakukan bila terdapat kesulitan membuka atau memasuki segmen bawah uterus secara aman (Farer, 2001).

Keuntungan Seksio Caesar Operasi caesar lebih aman dipilih dalam menjalani proses persalinan karena telah banyak menyelamatkan jiwa ibu yang mengalami kesulitan melahirkan. Jalan lahir tidak teruji dengan

dilakukannya *seksio sesarea*, yaitu bilamana di diagnosa panggul sempit atau *fetal distress* didukung data *pelvimetri*. Bagi ibu yang *paranoid* terhadap rasa sakit, maka *seksio sesarea* adalah pilihan yang tepat dalam menjalani proses persalinan, karena diberi anastesi atau penghilang rasa sakit (Fauzi, 2007).

Kerugian Seksio Caesar Operasi seksio caesar merupakan prosedur medis yang mahal. Prosedur anastesi pada operasi bias membuat anak ikut terbius, sehingga anak tidak spontan menangis, keterlambatan menangis ini mengakibatkan kelainan hemodinamika dan mengurangi apgar score. Ibu akan mendapat luka baru di perut dan kemungkinan timbulnya infeksi bila luka operasi tidak dirawat dengan baik. Gerak tubuh ibu menjadi sangat terbatas sehingga proses penyembuhan luka akan semakin lama (Fauzi, 2007).

Setelah melakukan prosedur seksio. Insisi yang dilakukan pada prosedur seksio sesarea menimbulkan nyeri pasca pembedahan, oleh sebab itu dalam praktik keperawatan, diagnosa utama yang muncul pada klien post seksio sesarea adalah nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan).

## B. Konsep Nyeri

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada klien post seksio sesarea adalah nyeri akut. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang merupakan bagian dari suatu mekanisme perlindungan tubuh yang timbul bila terdapat jaringan tubuh yang sedang rusak (Guyton, 2008). Pada seksio sesarea terjadi insisi pada dinding abdomen dan uterus. Hal tersebut menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri tersebut. Reseptor nyeri di dalam kulit dan jaringan semuanya merupakan ujung saraf bebas yang tersebar luas dalam lapisan superfisial kulit dan dalam jaringan tertentu, seperti periosteum, dinding arteri, dan permukaan sendi (Guyton, 2008).

Hampir seluruh serabut saraf nyeri terangsang oleh stress mekanis berlebihan atau kerusakan mekanis pada jaringan. Hal ini yang terjadi pada klien post seksio sesarea, sehingga klien merasakan nyeri pada area seksio sesarea. Serabut saraf yang sensitive terhadap rangsangan mekanis dinamai

serabut saraf mekanosensitif, dan serabut saraf yang sensitif terhadap berbagai zat kimia seperti bradikinin, serotonin, histamine, ion kalium, asam, prostaglandin, asetilkolin, dan enzim proteolitik disebut reseptor nyeri kemosensitif (Guyton, 2008).

Nosiseptor adalah ujung saraf bebas yang tersebar secara luas di seluruh tubuh. Nosiseptor dapat ditemukan di perifer pada kulit, fascia, tulang periosteum, otot rangka, ligamen dan membrane mukosa. Pada visera, nosiseptor ditemukan di kapsula pada sebagian besar organ. Aktivasi nosiseptor yang dimediasi secara kimiawi dapat diinisiasikan oleh (Guyton, 2008) :

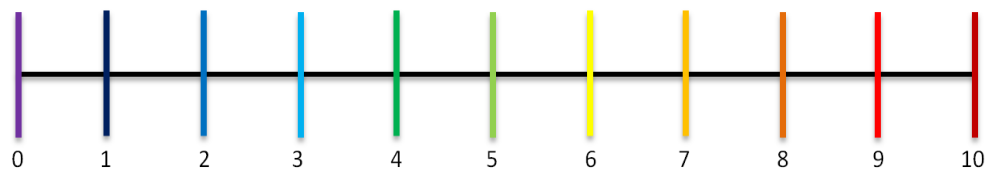
1. Penghancuran dinding sel sebagai akibat peristiwa seperti kerusakan jaringan, perlukaan, invasi tumor dan nekrosis sel.
2. Inflamasi
3. Infeksi
4. Kerusakan saraf
5. Ekstravasasi plasma dari system sirkulasi berhubungan dengan edema, iskemia atau oklusi pembuluh darah.

Prostaglandin berasal dari destruksi dinding sel dan merupakan turunan dari *aracidonik acid*. Prostaglandin cenderung berkontribusi dengan meningkatkan sensitivitas reseptor, membuat mereka lebih responsive terhadap stimulus kimia, termal dan mekanikal. Prostaglandin juga merupakan vasodilator yang ampuh, yang mengakibatkan terjadinya peningkatan pelepasan bradikinin ke dalam jaringan (Smeltzer and Bare, 2002).

Mekanisme ini digunakan untuk menjelaskan mengapa mengusap area yang nyeri dapat menurunkan nyeri dan bagaimana stimulasi pada saraf transkutaneus efektif dalam mengatur sensari nyeri. Sebagai tambahan sebagai hambatan pada sensor aferen, jalur penghambat yang menurun dapat menghilangkan efektivitas dari jalur transmisi nyeri pada tingkatan medulla spinalis dan thalamus. Stimulasi transkutaneus yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri salah satunya adalah *hand-foot massage* (Black and Hawks, 2014).

Nyeri yang dirasakan setiap orang bersifat subjektif, ambang nyeri setiap orang berbeda-beda, oleh sebab itu dalam menilai nyeri dibutuhkan alat ukur yang dapat menggambarkan tingkatan nyeri yang dirasakan oleh

seorang individu. Numeric rating scale merupakan suatu alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkatan nyeri yang dirasakan oleh seseorang dengan menggunakan rentang angka yang menggambarkan skala nyeri. Mengetahui skala nyeri dapat membantu perawat mengevaluasi keberhasilan intervensi yang diberikan (Guyton, 2008).



Gambar 2.1 *Numeric Rating Scale* (sumber: Black and Hawks, 2014)

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan non-farmakologi. Secara farmakologi, penggunaan analgesik dan NSAID dapat menjadi pilihan utama dalam mengatasi nyeri. Secara non-farmakologi, berbagai macam terapi komplementer dapat dilakukan, Terapi non farmakologis biasanya berupa intervensi fisik dan intervensi perilaku kognitif yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan, meningkatkan mobilitas, mengubah persepsi nyeri serta membantu respon fisiologis. Terdapat berbagai jenis terapi non farmakologis yang telah diterapkan, terapi tersebut dikategorikan menjadi dua, yaitu intervensi perilaku kognitif dan terapi intervensi fisik. Terapi perilaku kognitif meliputi distraksi, relaksasi, terapi musik, dan biofeedback (Black and Hawks, 2014). Terapi intervensi fisik antara lain *massage*, akupunktur, dan akupresur (Achar, 2012). *Massase*/pijat merupakan suatu intervensi fisik yang dapat dilakukan di beberapa bagian tubuh untuk meningkatkan fungsi fisiologis dan relaksasi. *Massase* dapat dilakukan di beberapa bagian tubuh, diantaranya pada punggung, pundak, kaki, dan tangan (Irani et al. 2015).

### C. Intervensi Terpilih *Hand Foot Massage*

*Massage*/pemijatan merupakan bentuk sentuhan yang sistematis dan berirama, dengan menggunakan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh untuk meningkatkan kenyamanan, kesejahteraan dan mengurangi nyeri pasien. *Hand and foot massage* merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat dilakukan perawat maupun pasien dan keluarga secara mandiri, berupa pemijatan yang dilakukan pada tangan dan kaki

dengan menggunakan beberapa gerakan. Pijat kaki dan tangan merangsang serabut saraf untuk menghasilkan endorfin penghilang rasa sakit. Terapi ini tidak menimbulkan efek samping dan mudah untuk dilakukan (Irani et al. 2015). Penelitian yang dilakukan Maif et.al, tahun 2014 menyatakan bahwa *massage* menstimulasi saraf tidak nyeri dan melepas endorfin.

Pijat kaki dan tangan merangsang serabut saraf untuk menghasilkan endorfin penghilang rasa sakit. Karena konsentrasi tertinggi reseptor rasa sakit ada di tangan dan kaki (masing-masing ekstremitas memiliki lebih dari 7.000 ujung saraf), Massage dilakukan dengan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya dilakukan pada otot *tendon* atau *ligamen*, tanpa menyebabkan perubahan atau perubahan posisi anatomis bagian yang dimassage guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, serta meningkatkan sirkulasi. Setiap gerakan yang dilakukan menghasilkan tekanan, arah dan kecepatan yang stimulasi bagi serabut syaraf bebas perifer (Djakaria, 2013).



Gambar 2.2 Teori *Gate control* (Sumber: Black and Hawks, 2014)

Price dan Wilson (2005) menuliskan hal serupa, yaitu dasar dari efektivitas stimulasi kutaneus yang dilakukan berkaitan dengan teori *gate control* pada gambar 2.6, yang berlangsung pada proses transmisi nyeri. Stimulasi akan merangsang serat-serat nosiseptif yang berdiameter besar untuk menutup gerbang bagi serat-serat berdiameter kecil dalam

menghantarkan nyeri, sehingga nyeri dapat dikurangi. Stimulasi kutaneus juga dapat menstimulasi pengeluaran endorfin dan neurotransmitter lain yang menghambat nyeri.

*massage* tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden, yaitu sistem serabut yang berasal dari otak bagian bawah dan bagian tengah, terutama periaqueductal *grey matter* dan berakhir pada serabut interneural inhibitor dalam kornudorsalis dari medulla spinalis. Massase dapat menstimulasi proses endorfin dalam sistem control desenden sehingga mengurangi persepsi nyeri, impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. (Potter and Perry, 2010). Pijat kaki dan tangan menstimulasi neuron sehingga terapi ini dapat menjadi teknik yang baik untuk mengurangi rasa sakit setelah operasi caesar. Pemijatan dilakukan selama  $\pm$  20 menit, dengan durasi pada masing-masing ekstremitas selama 5 menit (Irani et al. 2015).

#### D. Teori 11 Pola Fungsional Gordon

Pemberian asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea dengan masalah keperawatan nyeri dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini menggunakan pendekatan teori keperawatan 11 pola fungsional Gordon. Teori Gordon pertama kali dikemukakan pada tahun 1995, teori ini mengemukakan mengenai 11 pola fungsional yang meliputi pola manajemen kesehatan dan persepsi kesehatan, pola nutrisi-metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas-latihan, pola istirahat-tidur, pola persepsi-kognisi, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola Seksualitas-reproduksi, pola toleransi stress-koping, pola keyakinan dan nilai. 11 pola tersebut dapat dijaikan acuan untuk melakukan pengkajian pada klien, kemudian data-data tersebut yang akan digunakan sebagai dasar bagi perawat dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Hal-hal yang harus dikaji berdasarkan 11 pola fungsional Gordon, yaitu:

1. Pola Persepsi-Managemen Kesehatan  
Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan.
2. Pola Nurtisi –Metabolik  
Menggambarkan Masukan Nutrisi, balance cairan dan elektrolit Nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan

menelan, Mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah /penyembuhan kulit, Makanan kesukaan.

### 3. Pola Eliminasi

Menjelaskan pola Fungsi ekskresi, kandung kemih dan Kulit. Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll.

### 4. Pola Latihan-Aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat 4 : tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan Range Of Motion, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat penyakit paru.

### 5. Pola Kognitif Perseptual

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain).

Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dll.

### 6. Pola Istirahat-Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi tentang energy.

### 7. Pola Konsep Diri-persepsi Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga

diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spriritual dan dalam pandangan secara holistic. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri., dampak sakit terhadap diri, kontak mata, asetif atau passive, isyarat non verbal,ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup/relaks

#### 8. Pola Peran dan Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien, pekerjaan,tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive/agresif teradap orang lain, masalah keuangan dll.

#### 9. Pola Reproduksi/Seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang actual dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae, riwayat penyakit seksual, dan pemeriksan genital.

#### 10. Pola Pertahanan Diri (Coping-Toleransi Stres )

Menggambarkan kemampuan untuk menanngani stress dan penggunaan system pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress,interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata,metode koping yang biasa digunakan,efek penyakit terhadap tingkat stress.

#### 11. Pola Keyakinan Dan Nilai

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai,keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya,berbagi denga orang lain,bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

Pada klien post seksio sesarea dengan masalah utama nyeri, pengkajian yang difokuskan adalah pada pola kognisi perseptual yang menggambarkan persepsi seorang individu terhadap stimulus yang terjadi. Pengkajian juga dilakukan agar mengetahui apakah nyeri mempengaruhi pola-pola yang lainnya.

## BAB III LAPORAN KASUS

### A. Deskripsi Kasus

#### 1. Kasus I

Ny.Y berusia 29 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan utama keluar rembesan air dari vaginanya. Klien mengatakan keluar air ketuban sejak hari minggu 12 november 2017, klien di rawat inap untuk dilakukan observasi. Setelah dua hari, air ketuban terus merembes keluar tanpa disertai dengan HIS, lalu dokter memutuskan untuk melakukan seksio sesarea pada hari Kamis 16 november 2017 atas indikasi ketuba pecah dini.

6 jam pasca seksio sesarea klien berbaring dengan posisi supinasi dan sudah mampu melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan. Pada saat pengkajian keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri. Klien mengeluh nyeri pada area seksio sesarea, nyeri terasa seperti teriris, klien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap dan membaik bila tidak melakukan gerakan serta memburuk bila bergerak. Saat dilakukan pengukuran tanda-tanda vital didapatkan TD 120/90mmHg, Nadi 98x/menit, RR 19x/menit, temperature 36,7, hasil laboratorium leukosit 14.800 / $\mu$ L, hemoglobin 11g/dL.

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu 1) nyeri akut 2) risiko infeksi. Tujuan ditetapkan diagnosa pada Ny.Y yaitu agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa yang ditegakkan yaitu kontrol nyeri dan control infeksi. Diagnosa pertama yaitu nyeri akut intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri, mengendalikan factor lingkungan yang dapat meningkatkan nyeri dengan meningkatkan suhu ruangan karena klien merasa kedinginan, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan melakukan hand and foot massage serta mengajarkan keluarga melakukan hand and foot massage secara mandiri. Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi, intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah membantu klien melakukan personal hygiene dengan menyeka klien, mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi,

menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien sebelum klien pulang.

Evaluasi dilakukan setiap hari hingga klien pulang, untuk diagnosa pertama yaitu nyeri akut didapatkan penurunan skala nyeri secara bertahap, untuk membantu proses evaluasi, diberikan lembar observasi kepada klien dan keluarga agar dapat diisi sesuai dengan skala nyeri yang dirasakan pada 3 waktu dalam sehari. Tanggal 17 november 2017 skala nyeri pada pukul 07.25 WITA sebelum dilakukan intervensi hand and foot massage nyeri berada pada skala 7 kemudian dilakukan evaluasi 1 jam setelah dilakukan hand and foot massage nyeri berkurang pada skala 4. Pukul 13.25 WITA sebelum dilakukan hand and foot massage yang kedua, nyeri berada pada skala 7 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berkurang pada skala 4, pada pukul 20.00 WITA nyeri klien sebelum intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berkurang pada skala 4. Evaluasi hari kedua pada 18 november 2017, pukul 08.00 WITA klien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6 namun dapat meningkat bila klien berjalan, 1 jam setelah dilakukan intervensi hand and foot massage skala nyeri berkurang pada skala 3.

Evaluasi untuk diagnosa kedua yaitu risiko infeksi pada tanggal 18 november 2017 pukul 08.00 klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, suhu tubuh  $36.5^{\circ}\text{C}$ , suhu kulit sekitar jahitan tidak lebih hangat dari suhu kulit, area sekitar jahitan belum dapat dilihat dikarenakan belum saatnya verban diganti, terasa nyeri pada jahitan, pembengkakan pada area sekitar jahitan tidak dapat di observasi karena tertutup verban. Pada hari sabtu 18 november 2017 ganti verban sebelum ny.Y sebelum klien pulang, tidak terdapat keluaran cairan, pus maupun darah dari jahitan, tidak tampak kemerahan pada area sekitar jahitan, tidak terjadi pembengkakan, tidak terjadi peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan, dan masih terasa nyeri pada jahitan, namun secara keseluruhan tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada jahitan post seksio sesarea ny.Y.

## 2. Kasus II

Ny.F berusia 21 tahun, post seksio sesarea atas indikasi preeklamsi berat, klien mengeluhkan merasa nyeri pada area seksio, klien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berada pada skala 8, nyeri bersifat menetap dan terasa seperti teriris. Selain itu klien juga mengeluh kepalanya terasa berat sampai ke tengkuk. Hasil pengukurang tanda-tanda vital didapatkan TD 180/100mmHg, nadi 98x/menit, respirasi *rate* 21x/menit, temperature 37.<sup>0</sup>C hasil laboratorium Ny.F jumlah leukosit 18.600 / $\mu$ L hemoglobin 11,4 g/dL.

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu 1) nyeri akut 2) risiko infeksi. Tujuan ditetapkan agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa yang ditegakkan yaitu kontrol nyeri dan control infeksi. Diagnosa pertama yaitu nyeri akut intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri, mengendalikan factor lingkungan yang dapat meningkatkan nyeri dengan meningkatkan suhu ruangan karena klien merasa kedinginan, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan melakukan hand and foot massage serta mengajarkan keluarga melakukan *hand and foot massage* secara mandiri. Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi, intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah membantu klien melakukan personal hygiene dengan menyeka klien, mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien.

Evaluasi untuk diagnosa nyeri akut dilakukan setiap hari hingga klien pulang, untuk diagnosa pertama yaitu nyeri akut didapatkan penurunan skala nyeri secara bertahap, untuk membantu proses evaluasi, diberikan lembar observasi kepada klien dan keluarga agar dapat diisi sesuai dengan skala nyeri yang dirasakan pada 3 waktu dalam sehari. Tanggal 17 November 2017, pukul 07.45 WITA dilakukan pengukuran skala nyeri sebelum intervensi berada pada skala 8 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi skala nyeri berada pada skala 7. Pukul 14.00 WITA, nyeri sebelum intervensi berada pada skala 7 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi nyeri berada pada skala 6. Pukul 20.15

WITA nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 dan 1 jam sesudah intervensi dilakukan, nyeri berada pada skala 6.

Tanggal 18 November 2017, pukul 07.00 WITA nyeri yang dirasakan berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 5. Pukul 14.05 WITA nyeri yang dirasakan sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi nyeri berada pada skala 5. Pukul 20.10 WITA nyeri yang dirasakan sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 5, dan 1 jam setelah dilakukan intervensi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 4. Evaluasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada hari ketiga perawatan, yaitu pada tanggal Tanggal 19 November 2017, hasil evaluasi tidak tampak pus maupun darah pada jahitan, jahitan kering, kulit area sekitar jahitan tidak terlihat tanda-tanda kemerahan, pembengkakan maupun peningkatan suhu saat dipalpsi.

### 3. Kasus III

Ny. E 34 tahun post seksio sesarea pada hari senin 20 november 2017 atas indikasi postterm dan BSC 4 tahun lalu. Ny.E mengatakan merasa nyeri pada area seksio sesarea, dan merasa kesulitan untuk bergerak. Ny.E mengatakan terasa seperti teriris pada area operasi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 6, nyeri bersifat menetap namun dirasakan bertambah nyeri bila melakukan gerakan. Hasil pengukuran tanda-tanda vital didapatkan, tekanan darah 130/80mmHg, nadi 76x/menit, respirasi 21x/menit, suhu tubuh 36.7°C, hasil laboratorium leukosit 14.300 / $\mu$ L hemoglobin 12 g/dL.

Diagnosa yang muncul yaitu 1)nyeri akut 2)risiko infeksi. Tujuan ditetapkan agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa yang ditegakkan yaitu kontrol nyeri dan control infeksi. Intervensi yang telah dilakukan yaitu manajemen nyeri, yang meliputi tindakan mengkaji nyeri yang klien rasakan, membantu klien mengatur posisi nyaman posisi head up 30°, membantu klien dan eluarga menciptakan lingkungan yang nyaman, dan mengajarkan teknik mengontrol nyeri non farmakologi yaitu *hand and foot massage*. Intervensi yang telah dilakukan untuk diagnosa kedua yaitu membantu klien melakukan personal hygiene dengan menyeka klien, mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama

protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien.

Evaluasi dilakukan secara langsung dan menggunakan lembar observasi. Tanggal 21 November 2017, pukul 08.00 WITA nyeri sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi nyeri berada pada skala 5. Pukul 15.20 WITA, nyeri sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 4. Pukul 20.00 WITA, skala nyeri sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 5 dan 1 jam sesudah dilakukan intervensi, nyeri berada pada skala 4. Tanggal 22 November 2017, pukul 07.00 WITA nyeri sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 5 dan 1 jam sesudah dilakukan intervensi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 4. Evaluasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada hari ketiga perawatan, yaitu pada tanggal 22 November 2017, hasil evaluasi tidak tampak pus maupun darah pada jahitan, jahitan kering, kulit area sekitar jahitan tidak terlihat tanda-tanda kemerahan, pembengkakan maupun peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan.

#### 4. Kasus IV

Ny.S 23 tahun, pasien post seksio sesarea atas indikasi placenta previa dan bekas seksio sesarea 4 tahun lalu. Klien mengeluh nyeri pada area seksio di perut, dengan nyeri seperti teriris, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap namun skala nyeri meningkat bila klien bergerak. Hasil pengukuran tanda-tanda vital, tekanan darah 130/90mmHg, nadi 84x/menit, respirasi 17x/menit, suhu tubuh 36.7°C. Hasil pemeriksaan darah didapatkan hasil leukosit 9.600 / $\mu$ L hemoglobin 9,4 g/dL.

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu 1)nyeri akut 2)risiko infeksi. Tujuan ditentukannya diagnosa ini adalah agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa yang ditegakkan, yaitu control nyeri dan control infeksi. Intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah manajemen nyeri, adapun implementasinya yaitu melakukan pengkajian nyeri, menyarankan keluarga yang membezuk agar mengurangi kebisingan, melakukan control nyeri secara non farmakologis. Intervensi yang telah dilakukan untuk diagnosa kedua risiko infeksi, yaitu

mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien.

Evaluasi dilakukan secara langsung dan memberikan lembar observasi kepada keluarga agar progress penurunan nyeri terdokumentasi dengan baik. Evaluasi dilakukan setiap 1 jam setelah dilakukannya terapi non farmakologi dan sebelum diberikan terapi farmakologi. Pada 21 November 2017, pukul 19.30 WITA dilakukan intervensi nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 5, evaluasi pada 22 November 2017 pukul 07.30 WITA didapatkan nyeri berkurang dari skala nyeri sebelum intervensi berada pada skala 7 dan 1 jam sesudah intervensi menjadi skala 5. Pukul 14.00 WITA nyeri sebelum intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi berada pada skala 5. Pukul 19.30 WITA skala nyeri sebelum intervensi nyeri berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berada pada skala 4. Evaluasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada hari ketiga perawatan, yaitu pada tanggal Tanggal 23 November 2017, hasil evaluasi tidak tampak pus maupun darah pada jahitan, jahitan kering, kulit area sekitar jahitan tidak terlihat tanda-tanda kemerahan, pembengkakan maupun peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan.

#### 5. Kasus V

Ny L berusia 36 tahun, post seksio sesarea atas indikasi postterm oligohidraamnion dan bekas seksio sesarea. Klien mengeluh nyeri pada perut pada area seksio sesarea nyeri seperti teritis terasa perih terutama saat melakukan pergerakan, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap. Hasil pengukuran tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/70mmHg, nadi 75x/menit, respirasi rate 17x/menit, suhu tubuh 37. 0°C, melalui pemeriksaan darah didapatkan hasil, leukosit 15.900, hemoglobin 9 g/dL.

Diagnosa yang muncul yaitu nyeri akut. Tujuan ditentukan agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa, yaitu klien mampu melakukan kontrol nyeri. Intervensi yang telah dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan implementasi mengkaji nyeri klien, menciptakan lingkungan yang nyaman dengan menganjurkan keluarga

merapikan tempat tidur klien dan mengurangi kebisingan, mengajarkan klien dan keluarga melakukan *hand and foot massage* sebagai cara non farmakologi dalam mengontrol nyeri. Intervensi yang telah dilakukan untuk diagnosa kedua risiko infeksi, yaitu mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien.

Evaluasi dilakukan dengan mengisi lembar observasi untuk memantau progress penurunan nyeri. Evaluasi nyeri dilakukan 1 jam setelah dilakukan intervensi. Tanggal 22 november 2017 dilakukan penilaian skala nyeri sebelum intervensi pada pukul 07.15 WITA, didapatkan hasil skala nyeri berada pada skala 7 dan 1 jam setelah dilakukan intervensi, nyeri yang dirasakan berada pada skala 5. Pukul 13.15 WITA skala nyeri sebelum intervensi berada pada skala 7 dan 1 jam sesudah intervensi skala nyeri 5. Pukul 19.35 WITA nyeri sebelum intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berada pada skala 4. Tanggal 23 november 2017, dilakukan pengukuran skala nyeri sebelum dilakukan intervensi pada pukul 07. 05 WITA, didapatkan hasil nyeri sebelum dilakukan intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah dilakukan intervensi nyeri berada pada skala 4. Evaluasi untuk diagnosa kedua dilakukan pada hari ketiga perawatan, yaitu pada tanggal Tanggal 23 November 2017, hasil evaluasi tidak tampak pus maupun darah pada jahitan, jahitan kering, kulit area sekitar jahitan tidak terlihat tanda-tanda kemerahan, pembengkakan maupun peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan.

## B. Apikasi 11 Pola Fungsional Gordon

Ny.Y berusia 29 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan utama keluar rembesan air dari vaginanya. Klien mengatakan keluar air ketuban sejak hari minggu 12 november 2017, klien di rawat inap untuk dilakukan observasi. Setelah dua hari, air ketuban terus merembes keluar tanpa disertai dengan HIS, lalu dokter memutuskan untuk melakukan seksio sesarea pada hari kamis 16 november 2017 atas indikasi ketuba pecah dini.

6 jam pasca seksio sesarea klien berbaring dengan posisi supinasi dan sudah mampu melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan. Terpasang infus RL dengan drip oksitosin, terpasang dower chateter dengan urin output sebanyak 320 ml,urin berwarna kuning muda. Pada saat pengkajian keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri. Klien mengeluh nyeri pada area seksio sesarea, nyeri terasa seperti teriris, klien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap dan membaik bila tidak melakukan gerakan serta memburuk bila bergerak. Saat dilakukan pengukuran tanda-tanda vital didapatkan TD 120/90mmHg, Nadi 98x/menit, RR 19x/menit, temperature 36,7°C.

Melalui pemeriksaan fisik didapatkan konjungtiva tidak terjadi anemis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar ketah bening, putting bersih dan menonjol, terdapat produksi ASI, TFU 2 jari dibawah pusat, jahitan insisi seksio sesarea tertutup verban, verban tanpak kering dan tidak terlihat rembesan darah maupun pus, terpasang dower cateter dengan urin output 320 ml, terlihat keluaran lochea rubra, hasil laboratorium leukosit 14.800 / $\mu$ L, HB 11g/dL.

Hasil pengkajian yang didasarkan pada 11 pola fungsional Gordon, didapatkan pola persepsi kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola toleransi stress-koping, pola eliminasi dan pola konsep diri-persepsi diri tidak didapatkan permasalahan. Pola aktivitas-latihan klien juga terganggu akibat nyeri yang dirasakan, merasa gerakannya terbatas dan bila melakukan gerakan maka klien akan terasa lebih nyeri, sehingga hal tersebut membatasi geraknya dan mengganggu aktivitasnya. Nyeri yang klien rasakan juga mempengaruhi pola istirahat-tidur klien, akibat nyeri yang dirasakan klien mengaku kesulitan untuk tidur, dalam semalam klien dapat tertidur 6 jam dengan beberapa kali terbangun akibat nyeri dan sulit untuk tertidur kembali.

Klien tidak tahu bagaimana penanganan nyeri post seksio sesarea, maupun pengalaman sebelumnya karena ini merupakan seksio sesarea pertama bagi klien. Klien hanya tahu nyeri dapat berkurang bila minum obat anti nyeri. Nyeri juga mempengaruhi pola hubungan-peran klien, klien mengatakan dirinya belum mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti sebelumnya, karena dokter menyarankan untuk tidak melakukan pekerjaan yang berat selama  $\pm 2$  tahun. Oleh sebab itu klien mengatakan hanya akan melakukan pekerjaan ringan saja dirumah, beberapa perannya dirumah belum bisa dilakukan hingga benar-benar sembuh.

Klien mengatakan dalam beberapa waktu kedepan klien dan suami sepakat untuk tidak melakukan hubungan seksual dikarenakan klien merasa takut nyeri yang dirasakan bertambah berat. Pada pola keyakinan klien mengaku dirinya kesulitan dalam melakukan shallat, karena saat melakukan beberapa gerakan shallat klien merasakan nyeri.

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu 1) nyeri akut 2) risiko infeksi. Tujuan ditetapkan diagnosa pada ny.Y yaitu agar klien mampu beradaptasi terhadap diagnosa yang ditegakkan yaitu kontrol nyeri dan control infeksi. Diagnosa pertama yaitu nyeri akut intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri, mengendalikan factor lingkungan yang dapat meningkatkan nyeri dengan meningkatkan suhu ruangan karena klien merasa kedinginan, dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan melakukan hand and foot massage serta mengajarkan keluarga melakukan hand and foot massage secara mandiri. Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi, intervensi keperawatan yang telah dilakukan adalah membantu klien melakukan personal hygiene dengan menyeka klien, mengajarkan klien dan keluarga mengenal tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan intake nutrisi terutama protein yang dapat membantu proses penyembuhan luka post seksio sesarea dan mengganti verban klien sebelum klien pulang.

Evaluasi dilakukan setiap hari hingga klien pulang, untuk diagnosa pertama yaitu nyeri akut didapatkan penurunan skala nyeri secara bertahap, untuk membantu proses evaluasi, diberikan lembar observasi kepada klien dan keluarga agar dapat diisi sesuai dengan skala nyeri yang dirasakan pada 3 waktu dalam sehari. Tanggal 17 november 2017 skala nyeri pada pukul 07.25 WITA sebelum dilakukan intervensi hand and foot massage

nyeri berada pada skala 7 kemudian dilakukan evaluasi 1 jam setelah dilakukan hand and foot massage nyeri berkurang pada skala 4. Pukul 13.25 WITA sebelum dilakukan hand and foot massage yang kedua, nyeri berada pada skala 7 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berkurang pada skala 4, pada pukul 20.00 WITA nyeri klien sebelum intervensi berada pada skala 6 dan 1 jam sesudah intervensi nyeri berkurang pada skala 4. Evaluasi hari kedua pada 18 november 2017, pukul 07.30 WITA klien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6 namun dapat meningkat bila klien berjalan, 1 jam setelah dilakukan intervensi hand and foot massage skala nyeri berkurang pada skala 3.

Evaluasi untuk diagnosa kedua yaitu risiko infeksi pada tanggal 17 November 2017 pukul 08.10 klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, suhu tubuh  $36.5^{\circ}\text{C}$ , suhu kulit sekitar jahitan tidak lebih hangat dari suhu kulit, area sekitar jahitan belum dapat dilihat dikarenakan belum saatnya verban diganti, terasa nyeri pada jahitan, pembengkakan pada area sekitar jahitan tidak dapat di observasi karena tertutup verban. Pada hari sabtu 18 november 2017 ganti verban sebelum ny.Y sebelum klien pulang, tidak terdapat keluaran cairan, pus maupun darah dari jahitan, tidak tampak kemerahan pada kulit area sekitar jahitan, tidak terjadi pembengkakan, tidak terjadi peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan, dan masih terasa nyeri pada jahitan, namun secara keseluruhan tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada jahitan post seksio sesarea ny.Y.



## BAB IV PEMBAHASAN

### A. Pembahasan Penerapan 11 Pola Fungsional Gordon Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Seksio Sesarea Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada 5 kasus kelolaan dalam karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Gordon yaitu 11 pola fungsional. Asuhan keperawatan tersebut dimulai dari tahap pengkajian 11 pola fungsional yang meliputi meliputi pola manajemen kesehatan dan persepsi kesehatan, pola nutrisi-metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas-latihan, pola istirahat-tidur, pola persepsi-kognisi, pola konsep diri-persepsi diri, pola hubungan-peran, pola Seksualitas-reproduksi, pola toleransi stress-koping, pola keyakinan dan nilai, setelah pengkajian dilakukan maka tahap selanjutnya adalah, penentuan diagnosis keperawatan, penetapan tujuan berdasarkan NOC (*Nursing Outcomes Classifications*), intervensi berdasarkan NIC (*Nursing Interventions Classifications*), dan evaluasi.

Berdasarkan data yang didapatkan melalui hasil pengkajian didapatkan bahwa 5 pasien kelolaan memiliki masalah yang sama yaitu nyeri. Penanganan nyeri yang dilakukan berupa penanganan secara farmakologis dengan pemberian obata-obatan golongan analgesic, dan penanganan non farmakologis, dalam kasus ini digunakan terapi *hand and foot massage*.

Semua pasien dalam karya ilmiah ini memiliki kasus yang sama, yaitu post seksio sesarea, walaupun indikasi dilakukannya seksio sesarea pada masing-masing pasien berbeda. Ny. Y melakukan seksio sesarea atas indikasi ketuban pecah dini, Ny. F atas indikasi preeklamsi berat, Ny. E atas indikasi kehamilan postterm, Ny.S atas indikasi placenta previa dan Ny.L atas indikasi indikasi postterm dan oligohidraamnion. Pada kelima kasus tersebut, nyeri menjadi masalah utama yang dirasakan pasien post seksio sesarea.

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang merupakan bagian dari suatu mekanisme perlindungan tubuh yang timbul

bila terdapat jaringan tubuh yang sedang rusak (Guyton, 2008). Nyeri yang dirasakan setiap individu bersifat subjektif, dampak nyeri pada setiap individu juga berbeda-beda. Nyeri yang dirasakan oleh klien post seksio sesarea diakibatkan adanya kerusakan jaringan pada area yang dilakukan insisi. Hal ini dapat berdampak pada berbagai hal, menurut Irani, 2014 nyeri post seksio sesarea dapat berdampak pada hambatan dalam beraktivitas, menghambat seseorang melaksanakan perannya dan menimbulkan penderitaan bagi individu tersebut.

Berikut akan diuraikan pembahasan terkait kasus kelolaan ditinjau dari langkah-langkah dalam proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 1. Pengkajian

Pada kasus kelolaan 1 Hasil pengkajian yang didasarkan pada 11 pola fungsional Gordon, didapatkan pola persepsi kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola toleransi stress-koping dan pola konsep diri-persepsi diri tidak didapatkan permasalahan. Pola eliminasi terganggu, klien mengatakan merasa takut mengejan saat BAB karena nyeri yang dirasakan, klien juga mengatakan dirinya takut jahitan lepas bila mengejan. Pola aktivitas-latihan klien juga terganggu akibat nyeri yang dirasakan, merasa gerakannya terbatas dan bila melakukan gerakan maka klien akan terasa lebih nyeri, sehingga hal tersebut membatasi gerakannya dan mengganggu aktivitasnya. Nyeri yang klien rasakan juga mempengaruhi pola istirahat-tidur klien, akibat nyeri yang dirasakan klien mengaku kesulitan untuk tidur, dalam semalam klien dapat tertidur 4-5 jam dengan beberapa kali terbangun akibat nyeri dan sulit untuk tertidur kembali. Nyeri yang dirasakan klien termasuk dalam pola kognitif perseptual, nyeri terasa seperti teriris, klien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap dan membaik bila tidak melakukan gerakan serta memburuk bila bergerak..

Klien tidak tahu bagaimana penanganan nyeri post seksio sesarea, maupun pengalaman sebelumnya karena ini merupakan seksio sesarea pertama bagi klien. Klien hanya tahu nyeri dapat berkurang bila minum obat anti nyeri. Nyeri juga mempengaruhi pola hubungan-peran klien, klien mengatakan dirinya belum mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti sebelumnya, karena dokter menyarankan untuk tidak

melakukan pekerjaan yang berat selama  $\pm 2$  tahun. Oleh sebab itu klien mengatakan hanya akan melakukan pekerjaan ringan saja dirumah, beberapa perannya dirumah belum bisa dilakukan hingga benar-benar sembuh. Klien mengatakan dalam waktu dekat klien dan suami sepakat untuk tidak melakukan hubungan seksual dikarenakan masih keluar lochea dan klien merasa takut nyeri yang dirasakan bertambah berat. Klien mengaku dirinya kesulitan dalam melakukan shallat, karena saat melakukan beberapa gerakan shallat klien merasakan nyeri.

Kasus kelolaan kedua, Ny. F memiliki masalah pada pola persepsi-kognisi yaitu klien merasakan nyeri pada area seksio, klien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berada pada skala 8, nyeri bersifat menetap dan terasa seperti teriris. Pola eliminasi klien, klien mengatakan nyeri terasa bila jongkok dan mengejan sehingga klien sulit untuk BAB. Selain itu pola aktivitas-latihan klien juga terganggu akibat nyeri yang dirasakan, klien mengaku kesulitan bergerak dan melakukan aktivitas. Klien masih dibantu jika ingin melakukan mobilisasi.

Kasus kelolaan ketiga, Ny. E memiliki masalah pada pola persepsi-kognisi yaitu klien merasakan nyeri pada area seksio, klien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berada pada skala 6, nyeri yang klien rasakan mempengaruhi pola aktivitasnya, klien mengatakan kesulitan melakukan mobilisasi, klien mengatakan nyeri bertambah berat bila melakukan gerakan.

Kasus kelolaan keempat, Ny. S masalah didapatkan pada pola persepsi-kognisi, klien mengeluh nyeri pada area seksio di perut, dengan nyeri seperti teriris, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap namun skala nyeri meningkat bila klien bergerak. Nyeri yang dirasakan juga berpengaruh pada pola aktivitas latihan klien. Klien kesulitan melakukan mobilisasi.

Kasus kelolaan kelima, Ny. L serupa dengan 4 kasus lainnya, masalah utama didapatkan ada pola persepsi klien mengeluh nyeri pada perut pada area seksio sesarea nyeri seperti teritis terasa perih terutama saat melakukan pergerakan, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, nyeri bersifat menetap. Ini merupakan seksio sesarea kedua yang dilakukan Ny. L, meskipun demikian klien mengatakan nyeri yang dirasakan akan berlangsung lama seperti pengalaman seksio

pertamanya. Selain itu nyeri yang dirasakan juga berdampak pada pola aktivitas-latihan klien, tidak jauh berbeda dengan keempat kasus kelolaan lainnya, klien juga mengatakan sulit melakukan gerakan karena bias memicu nyeri bertambah berat.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan menggunakan pendekatan teori 11 pola fungsional Gordon, didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada semua kasus yaitu nyeri akut dan risiko infeksi. Nyeri yang terjadi pada semua pasien disebabkan oleh adanya agen injuri fisik berupa insisi yang dilakukan pada proses seksio sesarea. Hampir seluruh serabut saraf nyeri terangsang oleh stress mekanis berlebihan atau kerusakan mekanis pada jaringan (Guyton, 2008). Hal tersebut yang menyebabkan pada semua kasus klien merasakan nyeri.

Diagnosa kedua yang juga muncul pada semua kasus yaitu risiko infeksi. Dengan faktor risiko berdasarkan NANDA 2015-2017 yaitu adanya tindakan invasif dan adanya peningkatan jumlah leukosit diatas batas normal. pada semua kasus terdapat jahitan pasca dilakukannya insisi pada prosedur seksio sesarea, sehingga hal tersebut merupakan salah satu faktor risiko terjadinya suatu infeksi. Proses penyembuhan luka diawali dengan fase hemostasis, serotonin, histamine, prostaglandin dan darah mengisi bagian jaringan yang rusak. Trombosit di dalam darah membentuk bekuan dan fibrin di dalam bekuan akan merapatkan kedua tepi luka. Selanjutnya terjadi fase inflamasi pada luka yang dimulai oleh limfosit dengan cara meningkatkan permeabilitas kapiler. Sel-sel darah putih akan memakan bakteri yang ada di sekitar luka. Hal ini dapat ditandai dengan terjadinya peningkatan jumlah leukosit di dalam darah (Suriadi, 2014). Diagnosa didukung oleh hasil pemeriksaan laboratorium, jumlah leukosit pada pemeriksaan setelah operasi menunjukkan adanya kompensasi tubuh terhadap suatu proses peradangan dalam tubuh. Ny.Y jumlah leukosit 14.800 / $\mu$ L, HB 11g/dL, Ny.F jumlah leukosit 18.600 / $\mu$ L HB 11,4 g/dL Ny.E jumlah leukosit 14.300 / $\mu$ L HB 12 g/dL, Ny.S jumlah leukosit 9.600 / $\mu$ L HB 9,4 g/dL dan Ny.L jumlah leukosit 15.900/ $\mu$ L, HB 9 g/dL.

### 3. Intervensi Keperawatan

Pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut, intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi pada semua kasus yaitu santagesik 3x1 ampul per intravena. Semua kasus mendapatkan terapi farmakologi yang sama untuk menangan nyeri. Sedangkan untuk menangani nyeri secara non farmakologi, dilakukan intervensi *hand-foot massage* pada semua kasus. Karya tulis ilmiah ini berfokus pada intervensi *hand-foot massage*, oleh sebab itu intervensi ini dilakukan dilakukan 3 x sehari, pada masing-masing pasien 2-3 jam sebelum waktu pemberian obat agar efektivitas dari intervensi ini dapat di evaluasi. Dalam proses implementasi *hand-foot massage*, penulis melibatkan keluarga untuk mengambil bagian pada pelaksanaan. Untuk diagnosa kedua yaitu risiko infeksi, terapi farmakologi yang diberikan yaitu cefotaxim 3x 1000 mg. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi, menganjurkan klien mengkonsumsi makanan tinggi protein, dan merawat luka. Semua kasus mendapat intervensi yang sama.

### 4. Implementasi

Fokus implementasi dalam karya ilmiah ini adalah terapi *hand-foot massage*. Implementasi dilakukan dimulai pada hari ke-1 post seksio sesarea, dilakukan 3 x sehari pada masing-masing kasus kelolan, dilakukan 2-3 jam sebelum waktu pemberian obat. Hal ini dilakukan agar penulis dapat mengobservasi efektivitas dari *hand-foot massage*. Proses implementasi dapat dilakukan oleh perawat maupun keluarga. Peneliti melakukan implementasi dan megajarkan keluarga untuk melakukan *hand-foot massage*, sehingga saat perawat tidak ada, keluarga dapat melakukannya secara mandiri. *Hand-foot massage* merupakan aplikasi pijat pada area tangan dan kaki, sehingga pada pasien post seksio sesarea tidak perlu mengubah posisi menjadi pronasi maupun sim seperti pada *massage* yang dilakukan di punggung, sehingga tidak menambah nyeri klien akibat perubahan posisi. Klien dapat memosisikan diri senyaman mungkin. *Massage* dilakukan pada beberapa bagian, yaitu telapak tangan, punggung tangan, lengan bawah, telapak kaki, punggung kaki, dan area betis.

*Massage* yang dilakukan pada kaki dan tangan bertujuan untuk merangsang saraf-saraf bebas yang berada pada lapisan kulit. Karena konsentrasi tertinggi reseptor rasa sakit ada di tangan dan kaki (masing-masing ekstremitas memiliki lebih dari 7.000 ujung saraf), pijat kaki dan tangan dan stimulasi neuron merupakan teknik yang baik untuk mengurangi rasa sakit. *Massage* menstimulasi tubuh untuk memproduksi senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami tubuh, sehingga tubuh menjadi rileks dan meningkatkan kenyamanan (Simkin et al,2008)

Selain memberikan kenyamanan, *massage* juga dapat menghambat stimulus nyeri untuk sampai ke otak. Impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf yang berdiameter kecil menyebabkan *gate control spinal cord* membuka dan impuls diteruskan ke korteks cerebral, walaupun demikian serabut saraf nyeri lebih kecil dan perjalanannya lebih lambat dari serabut sentuhan yang luas dan banyak terdapat pada kulit. Ketika sentuhan dan nyeri dirangsang bersamaan, sensasi sentuhan berjalan ke *spinal cord* dan menutup gerbang sehingga terjadi pembatasan jumlah nyeri yang sampai ke otak (Black and Hawks, 2014).

Kelima pasien sangat kooperatif dalam implementasi *hand-foot massage*, keluarga juga sangat mendukung pelaksanaan *hand-foot massage*, namun dalam pelaksanaannya masih banyak kekurangan, peneliti dan keluarga yang melakukan tindakan tersebut hanya menggunakan SOP dan *checklist* sebagai acuan, tanpa mengikuti pelatihan terlebih dahulu. Hal tersebut memungkinkan dalam melakukan implementasi *hand and foot massage* kurang efektif karena tidak dilakukan oleh ahli.

##### 5. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi, maka evaluasi dilakukan pada kelima klien kelolaan dengan menilai skala nyeri yang dirasakan dan melihat respon klien. Pada Ny. Y dan Ny.S didapatkan penurunan skala nyeri dari nyeri berat menjadi nyeri sedang. Sementara pada Ny.F, tidak mengalami penurunsn skala nyeri ysng signifikan pada hari pertama dikarenakan tekanan darahnya masih di atas normal yaitu 160/100mmHg, sehingga menimbulkan sakit kepala yang membuat Ny.F sulit untuk rileks. Evaluasi pada Ny.E dan Ny.L yaitu nyeri yang dirasakan berada pada skala nyeri sedang, namun setelah dilakukan

intervensi nyeri tidak menurun secara signifikan dan masih dalam rentang skala nyeri sedang.

Pada seluruh kasus, nyeri yang sudah mengalami penurunan skala, dapat kembali meningkat apabila klien melakukan gerakan-gerakan yang mempengaruhi luka seksio sesarea. Sehingga pada semua kasus walaupun setelah dilakukannya *hand foot massage* terjadi penurunan skala nyeri, tetapi memungkinkan skala nyeri meningkat kembali. Faktor lain yang juga mempengaruhi skala nyeri yaitu persepsi klien mengenai nyeri, Ny.Y dan Ny.S lebih toleran terhadap nyeri, hal ini dibuktikan dengan lebih cepatnya klien melakukan mobilisasi, ekspresi yang ditunjukkan klien juga lebih rileks, klien bahkan tertawa saat bercerita dengan keluarganya. Sedangkan Ny.F, Ny.E dan Ny.L, ketiga klien ini tampak sangat takut melakukan mobilisasi, terutama Ny.F bahkan hingga hari ketiga masih belum bisa berjalan.

Salah satu faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu persepsi nyeri. Persepsi nyeri merupakan hal yang sangat subjektif, yang diatur oleh korteks serebri (pada fungsi evaluatif secara kognitif), persepsi ini dapat mempengaruhi nosiceptor yang berhubungan dengan nyeri. Selain persepsi nyeri, toleransi terhadap nyeri juga sangat berpengaruh terhadap skala nyeri yang dirasakan seseorang. Toleransi ini erat hubungannya dengan adanya intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, dan ketidaknyamanan lainnya (Fauzi, 2007). Hasil evaluasi untuk diagnosa risiko infeksi pada kelima kasus kelolaan tidak didapatkan tanda-tanda infeksi pada jahitan seksio, yang ditandai dengan tidak terjadi peningkatan suhu tubuh dan suhu sekitar jahitan seksio sesarea, tidak ada produksi pus atau rembesan darah pada jahitan, tidak terjadi pembengkakan.

## BAB V PENUTUP

### A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan telah diberikan kepada lima klien dengan menggunakan pendekatan model 11 pola fungsional Gordon. Tahapan asuhan keperawatan berdasarkan NANDA 2015-2017 diawali dengan pengkajian, pengkajian dengan menggunakan pendekatan 11 pola fungsional Gordon meliputi pengkajian pola persepsi-managemen kesehatan, pola nutrisi–metabolik, pola eliminasi, pola latihan-aktivitas, pola kognitif perseptual, pola istirahat-tidur, pola konsep diri-persepsi diri, Pola peran dan hubungan, pola reproduksi/seksual, pola pertahanan diri (coping-toleransi stres), pola keyakinan dan nilai. Setelah dilakukan pengkajian, tahap selanjutnya adalah penentuan diagnosa, penyusunan intervensi, impementasi, dan evaluasi.

Penerapan teori 11 pola fungsional Gordon dalam asuhan keperawatan pada klien post seksio sesarea tidak hanya memusatkan pengkajian pada satu masalah, tetapi melihat pengaruh suatu masalah dalam berbagai aspek yang saling mempengaruhi, sehingga pengkajian menggunakan 11 pola fungsional Gordon sangat mungkin untuk di aplikasikan. Menurut teori Gordon, 11 pola yang dikaji sangat berpengaruh satu sama lain yang akan berdampak terhadap kemampuan individu secara fungsional. Klien post seksio sesarea mengalami masalah pada pola persepsi kognisinya, karena nyeri yang dirasakan pasca dilakukannya insisi pada jaringan, sehingga klien merasakan nyeri dan ketidaknyamanan. Tahap selanjutnya menentukan masalah keperawatan dengan menggunakan NANDA 2015-2017, penentuan tujuan berdasarkan NOC (*Nursing Outcomes Classifications*), dan penyusunan intervensi bedasarkan NIC (*Nursing Interventions Classifications*) sesuai diagnosa yang ditentukan.

Intervensi yang disusun berdasarkan NIC (*Nursing Interventions Classifications*) disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan klien yang meliputi tindakan mandiri, pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Intervensi terpilih dalam penelitian ini adalah intervensi mandiri *hand and foot massage*. *Hand-foot massage* yang

dilakukan saat nyeri menstimulasi saraf sentuhan dengan diameter yang lebih besar dan lebih cepat dibanding saraf nyeri, sehingga akan menutup gerban control nyeri yang membuat stimulus nyeri yang sampai ke otak minimal atau terbatas. Hal inilah yang menjelaskan mengapa *hand-foot massage* dapat menurunkan nyeri. Implementasi *hand and foot massage* dilakukan tiga kali sehari 2 jam sebelum diberikannya terapi analgetik.

Tahap akhir adalah evaluasi keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan melihat respon pencapaian yang diharapkan dari klien berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Penilaian skala nyeri menggunakan NRS (*Numeric Rating Scale*). Penerapan *hand and foot massage* efektif dalam menurunkan nyeri. Namun efektifitas pada masing-masing orang berbeda-beda, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor internal seperti persepsi nyeri setiap individu yang bersifat subjektif, dan adanya penyakit penyerta yang memperburuk nyeri dan faktor eksternal seperti lingkungan yang bising atau terlalu panas yang dapat meningkatkan nyeri. *Hand and foot massage* sangat mudah diterapkan, sehingga perawat dan dapat menerapkannya sebagai salah satu intervensi dalam manajemen nyeri pada klien post seksio sesarea.

## B. Saran

### 1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Melalui pengembangan teori fungsional Gordon, diharapkan perawat dapat melakukan pengkajian dengan melihat masalah dari berbagai factor dan dapat menganalisa keterkaitan factor-faktor tersebut berdasarkan data yang didapatkan dalam pengkajian. Ruang perlu mempertimbangkan hasil karya ilmiah ini yaitu *hand-foot massage* untuk menjadi salah satu intervensi keperawatan yang dapat diterapkan pada klien seksio sesarea yang mengalami nyeri, sehingga tidak hanya dapat dilaksanakan di Rumah Sakit tetapi juga dapat di aplikasikan klien di rumah secara mandiri.

### 2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Dalam menerapkan teori keperawatan sebaiknya memilih teori yang menyediakan kerangka pengkajian yang memungkinkan perawat mengumpulkan data yang lebih luas namun memiliki spesifikasi data

yang lebih kecil. Hal tersebut dilakukan agar perawat tidak berfokus hanya pada satu masalah klien.,



## DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. H. (2012). *Terapi Musik dan Massase Punggung terhadap Intensitas Nyeri Sendi Lansia*.
- Black, J. M & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapura: Elsevier.
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas edisi 4*. Jakarta: EGC
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. eds (2013) *Nursing Interventions Classification (NIC) Sixth Edition*. Missouri: Elsevier Mosby
- Degirmen et al. (2010). *Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women*
- Djakaria, N.S. (2013). *Pengaruh Pemberian Terapi Massase terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid pada Siswi Madrasah Aliyah Cokroaminoto Kec. Talaga Jaya*.
- Farer, H. (2001). *Perawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Fauzi (2007). *Operasi Caesar Pengantar dari A sampai Z*. Jakarta: Edsa Mahkota
- Guyton, A. C. (1996). *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*. Jakarta: EGC
- Herman, T. H (2015). *Nanda International Inc. Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Irani et al. (2015). *The Effect of Hand and Foot Massage on Post-Cesarean Pain and Anxiety*
- Maif et al. (2014). *A study on the impact of foot and hand massage on postoperative pain and sedative drug use in cardiac surgery patients*
- Medical Mini Notes. Obstetric Edition*. (2015)
- Moorhead et al. (2013). *Nursing Outcomes Classification edisi 5*.Indonesia: Mocomedia.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: ECG
- Price, A. W & Wilson, L. M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta: ECG
- Simkin et al. (2005). *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi*. Jakarta: ARCAN
- Smeltzer and Bare, (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC

### STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

No	<i>Hand massage</i>
1.	Cuci tangan
2.	Beritahukan klien untuk mencuci tangan dan kaki terlebih dahulu
3.	Keringkan tangan dan kaki klien
4.	Posisikan klien nyaman mungkin
5.	Ambil minyak zaitun secukupnya dan usapkan pada seluruh bagian tangan perawat dan klien
6.	Jepit tangan klien (posisi supinasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking
7.	Pijat telapak tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali
8.	Jepit tangan klien (posisi pronasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking
9.	Pijat punggung tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali
10.	Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi
11.	Remas pergelangan tangan klien sebanyak 5x
12.	Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan) menggunakan jepitan dua jari. Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi
13.	Posisikan telapak tangan klien dan perawat seperti bentuk <i>toss</i> tangan perawat ang lain memegang pergelangan tangan klien
14.	Gerakkan tangan klien arah memutar ke kanan 5x dan kekiri 5x
15.	Dorong pergelangan tangan klien ke depan 5x dan ke belakang 5x
16.	Remas dan pijat tangan klien dari bawah ke atas sampai batas siku selama 5x balikan
17.	Cuci tangan klien dan keringkan

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

<b>No</b>	<b><i>Foot massage</i></b>
1.	Cuci tangan
2.	Beritahukan klien untuk mencuci tangan dan kaki terlebih dahulu
3.	Keringkan kaki klien
4.	Posisikan klien nyaman mungkin
5.	Ambil minyak zaitun secukupnya dan usapkan pada seluruh bagian tangan perawat dan kaki klien
6.	Kepalkan tangan dan pijat kaki klien dari atas ke bawah. Lakukan sebanyak 30 kali
7.	Pijat punggung kaki klien dengan pangkal tangan sebanyak 30 kali
8.	Remas kaki klien dari pergelangan kaki sampai ujung kaki klien sebanyak 30 kali
9.	Tarik satu persatu jari kaki klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi
10.	Tekan menggunakan 8 jari dari pergelangan kaki sampai lutut klien sebanyak 5x
11.	Pijat dari pergelangan kaki sampai lutut klien sebanyak 5x balikan
12.	Cuci kaki klien dan keringkan

**FORMULIR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
**(Informed Consent)**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :  
Usia :  
Alamat :

Menyatakan bahwa :

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian “Pengaruh *hand and foot massage* terhadap nyeri post seksio sesarea di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”
2. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat, dan mungkin dampak buruk yang terjadi dari penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, saya dengan ini memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun, bahwa saya bersedia/tidak bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.



Samarinda, 2017

Yang membuat pernyataan

(.....)

\*coret yang tidak perlu

Lampiran 3

**Lembar Checklist *Hand Massage***

Nama :

Skala Nyeri Sebelum :

Skala Nyeri Sesudah :

No	Langkah-langkah	dilakukan	Tidak dilakukan
1.	Cuci tangan		
2.	Beritahukan klien untuk mencuci tangan dan kaki terlebih dahulu		
3.	Keringkan tangan dan kaki klien		
4.	Posisikan klien senyaman mungkin		
5.	Ambil minyak zaitun secukupnya dan usapkan pada seluruh bagian tangan perawat dan klien		
6.	Jepit tangan klien (posisi supinasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking		
7.	Pijat telapak tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali		
8.	Jepit tangan klien (posisi pronasi) menggunakan celah antara jari manis dan kelingking		
9.	Pijat punggung tangan klien secara melingkar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sebanyak 30 kali		
10.	Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi		
11.	Remas pergelangan tangan klien sebanyak 5x		
12.	Tarik satu persatu jari klien (1 jari 3 kali tarikan) menggunakan jepitan dua jari. Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi		
13.	Posisikan telapak tangan klien dan perawat seperti bentuk <i>toss</i> tangan perawat ang lain memegang pergelangan tangan klien		
14.	Gerakkan tangan klien arah memutar ke kanan 5x dan kekiri 5x		
15.	Dorong pergelangan tangan klien ke depan 5x dan ke belakang 5x		
16.	Remas dan pijat tangan klien dari bawah ke atas sampai batas siku selama 5x balikan		
17.	Cuci tangan klien dan keringkan		

**Lembar Checklist *Foot Massage***

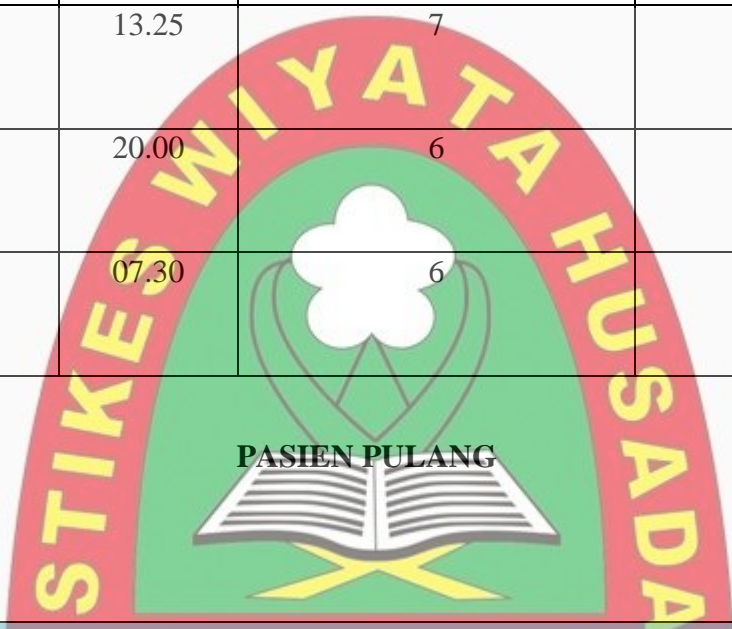
Nama :

Skala Nyeri Sebelum :

Skala Nyeri Sesudah :

No	Langkah-langkah	Dilakukan	Tidak dilakukan
1.	Cuci tangan		
2.	Beritahukan klien untuk mencuci tangan dan kaki terlebih dahulu		
3.	Keringkan kaki klien		
4.	Posisikan klien senyaman mungkin		
5.	Ambil minyak zaitun secukupnya dan usapkan pada seluruh bagian tangan perawat dan kaki klien		
6.	Kepalkan tangan dan pijat kaki klien dari atas ke bawah. Lakukan sebanyak 30 kali		
7.	Pijat punggung kaki klien dengan pangkal tangan sebanyak 30 kali		
8.	Remas kaki klien dari pergelangan kaki sampai ujung kaki klien sebanyak 30 kali		
9.	Tarik satu persatu jari kaki klien (1 jari 3 kali tarikan). Penarikan tidak boleh mengeluarkan bunyi		
10.	Tekan menggunakan 8 jari dari pergelangan kaki sampai lutut klien sebanyak 5x		
11.	Pijat dari pergelangan kaki sampai lutut klien sebanyak 5x balikan		
12.	Cuci kaki klien dan keringkan		

**LEMBAR OBSERVASI HARI KE-1 DAN KE-2 POST SEKSIO SESAREA**

<b>Lembar Observasi efektivitas <i>hand-foot massage</i> pada Ny. Y</b>			
Hari/tanggal	Jam	Skala Nyeri Sebelum massage	Skala Nyeri 1 jam sesudah massage
17/11/2017	07.25	7	4
	13.25	7	4
	20.00	6	4
18/11/2017	07.30	6	3
 <p><b>STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA</b> <b>PASIEN PULANG</b></p>			
<b>Lembar Observasi efektivitas <i>hand-foot massage</i> pada Ny. F</b>			
Hari/tanggal	Jam	Skala Nyeri Sebelum massage	Skala Nyeri 1 jam sesudah massage
17/11/2017	07.45	8	7
	14.00	7	6
	20.15	7	6

Lampiran 4

18/11/2017	07.00	6	5
	14.05	6	5
	20.10	5	4

**PASIEN PULANG**

**Lembar Observasi efektivitas *hand-foot massage* pada Ny. E**

Hari/tanggal	Jam	Skala Nyeri	
		Sebelum massage	1 jam sesudah massage
21/11/2017	08.00	6	5
	15.20	6	4
	20.00	5	4
22/11/2017	07.00	5	4

**PASIEN PULANG**

**Lembar Observasi efektivitas *hand-foot massage* pada Ny. S**

Hari/tanggal	Jam	Skala Nyeri	Skala Nyeri
--------------	-----	-------------	-------------

Lampiran 4

		Sebelum massage	1 jam sesudah massage
21/11/2017	19.30	7	5
22/11/2017	07.30	7	5
	14.00	6	5
	19.30	6	4
<b>PASIEN PULANG</b>			
<b>Lembar Observasi efektivitas <i>hand-foot massage</i> pada Ny. L</b>			
Hari/tanggal	Jam	Skala Nyeri Sebelum massage	Skala Nyeri 1 jam sesudah massage
22/11/2017	07.15	7	5
	13.15	7	5
	19.35	6	4
23/11/2017	07.05	6	4
<b>PASIEN PULANG</b>			

## FORMAT PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 17 November 2017  
Ruang/Kelas : Mawar 2B

### A. IDENTITAS PASIEN

1. Nama : Ny.Y
2. Usia : 29 tahun
3. Jenis Kelamin : perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
6. Pendidikan : SLTA
7. Pekerjaan : IRT
8. Status Perkawinan : Kawin
9. Alamat : Jl Jelawat, Samarinda.

### B. RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN

1. Keluhan Utama  
Nyeri pada area seksio sesarea
2. Riwayat Penyakit Sekarang  
Ny.Y berusia 29 tahun masuk rumah sakit dengan keluhan utama keluar rembesan air dari vaginanya. Klien mengatakan keluar air ketuban sejak hari minggu 12 November 2017, klien di rawat inap untuk dilakukan observasi. Setelah dua hari, air ketuban terus merembes keluar tanpa disertai dengan HIS, lalu dokter memutuskan untuk melakukan seksio sesarea pada hari kamis 16 november 2017 atas indikasi ketuba pecah dini.
3. Riwayat Penyakit Dahulu  
Klien memiliki riwayat melahirkan premature pada kehamilan ke-2 namun bayi lahir dalam keadaan meninggal.
4. Riwayat Penyakit Keluarga  
Ayah Klien memiliki penyakit hipertensi

### C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda Vital
  - TD 120/90mmHg
  - Nadi 98x/menit
  - RR 19x/menit
  - Temperature 36,7°C.

2. Kepala

Inspeksi : rambut dan kulit kepala bersih, tidak tampak kelainan bentuk kepala, konjungtiva tidak terlihat anemis, tidak ikterik, mukosa bibir lembab.

Palpasi : tidak teraba massa pada kepala.

3. Leher

Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terlihat pembesaran kelenjar tiroid.

Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjar getah bening.

4. Thorax

Inspeksi : bentuk dada normal, terdapat produksi ASI, kulit areola dan puting susu bersih, tidak terlihat penggunaan otot bantu napas.

Palpasi : tidak terdapat krepitasi, fremitus vocal +|+,

Perkusi : perkusi sonor pada seluruh lapang paru.

Auskultasi :suara jantung S1S2 tunggal, suara napas vesikuler.

5. Abdomen

Inspeksi : terlihat jahitan seksio sesarea tertutup verban, tidak terlihat rembesan darah maupun pus

Auskultasi : Bising usus 9x/menit.

Palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat.

Perkusi : didapatkan suara timpani

6. Genitalia

Inspeksi : Terdapat produksi lochea rubra

7. Integumen

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak terdapat ikterik, tidak terlihat ruam.

Palpasi : turgor kulit elastis, kulit lembab, pitting edema <2 detik.

8. Ektremitas

MMT	5		5
	5		5

Reflek bicep (+), reflek tricep (+)

**D. PEMERIKSAAN 11 POLA FUNGSIONAL**

1. Pola Persepsi-Manajemen Kesehatan

Menurut klien sehat adalah keadaan dimana tubunya tidak mengalami kelemahan atau rasa sakit. Klien mengetahui bahwa dampak dari prosedur seksio sesarea adalah nyeri pasca operasi oleh sebab itu klien mengatakan akan rutin minum obat agar nyeri berkurang. Klien mengatakan akan rutin kontrol hingga luka benar-benar sembuh.

2. Pola Nutrisi-Metabolik

BB: 45 kg, TB: 143, IMT 22,5. Selama di RS porsi makan klien selalu habis. 6 jam setelah seksio sesarea klien hanya minum susu ±250 ml.

3. Pola Eliminasi

Sebelum operasi klien sudah BAB, terpasang dower chateter dengan urin output sebanyak 320 ml, urin berwarna kuning muda.

4. Pola latihan-Aktivitas

Pola aktivitas-latihan klien juga terganggu akibat nyeri yang dirasakan, merasa gerakannya terbatas dan bila melakukan gerakan maka klien akan terasa lebih nyeri, sehingga hal tersebut membatasi gerakannya dan mengganggu aktivitasnya. Klien terlihat berhati-hati dalam bergerak, sesaat klien terlihat meringis.

5. Pola Kognitif Perseptual

Klien merasakan nyeri pada area post seksio sesarea, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, dengan karakteristik nyeri seperti teriris, nyeri bersifat menetap, klien mengatakan nyeri dapat memburuk bila melakukan gerakan. Klien tidak tahu bagaimana penanganan nyeri post seksio sesarea, maupun pengalaman sebelumnya karena ini merupakan seksio sesarea pertama bagi klien. Klien hanya tahu nyeri dapat berkurang bila minum obat anti nyeri.

6. Pola Istirahat-Tidur

Nyeri yang klien rasakan juga mempengaruhi pola istirahat-tidur klien, akibat nyeri yang dirasakan klien mengaku kesulitan untuk tidur, dalam semalam klien dapat tertidur 6 jam dengan beberapa kali terbangun akibat nyeri dan sulit untuk tertidur kembali.

7. Pola Konsep Diri-Persepsi Diri

Klien mengatakan dirinya tidak bekerja. Dirumah dirinya hanya mengurus rumah tangga dan anaknya. Walaupun demikian klien merasa bahagia karena dapat bermanfaat untuk suami dan anaknya. Klien mengatakan hal yang sangat disukai dari dirinya adalah alisnya yang tebal dan tubuhnya yang tetap langsing meskipun makan banyak. Klien merasa sangat dihargai oleh orang-orang terdekat terutama suaminya bila klien mengemukakan pendapat.

8. Pola Peran-Hubungan

Nyeri juga mempengaruhi pola hubungan-peran klien, klien mengatakan dirinya belum mampu mengerjakan pekerjaan rumah seperti sebelumnya, karena dokter menyarankan untuk tidak melakukan pekerjaan yang berat selama  $\pm 2$  tahun. Oleh sebab itu klien mengatakan hanya akan melakukan pekerjaan ringan saja dirumah, beberapa perannya dirumah belum bisa dilakukan hingga benar-benar sembuh.

9. Pola Reproduksi-Seksual

Klien mengatakan dalam beberapa waktu kedepan klien dan suami sepakat untuk tidak melakukan hubungan seksual dikarenakan klien merasa takut nyeri yang dirasakan bertambah berat. Klien juga berencana untuk hamil lagi.

10. Pola Koping-Toleransi Stress

Klien merasa sedih karena dua kali kehamilah, bayi yang dilahirkan meninggal, namun klien mengatakan dirinya ikhlas karena sudah menjadi kehendak Tuhan. Bila rasa sedih muncul, klien selalu bercerita dengan suaminya serta berdoa dalam hati agar tegar.

11. Pola Keyakinan dan Nilai

Pada pola keyakinan klien mengaku dirinya kesulitan dalam melakukan shallat, karena saat melakukan beberapa gerakan shallat klien merasakan nyeri.

**E. ANALISA DATA**

No	Data	Masalah	Penyebab
1.	<p><b>DS</b> : Klien merasakan nyeri pada area post seksio sesarea, nyeri yang dirasakan berada pada skala 7, dengan karakteristik nyeri seperti teriris, nyeri bersifat menetap, klien mengatakan nyeri dapat memburuk bila melakukan gerakan.</p> <p><b>DO</b> : klien terlihat meringis dan berhati-hati saat bergerak.</p>	Nyeri akut	Agen injuri fisik: post seksio sesarea
2.	<p><b>DS</b> : terasa nyeri pada area operasi seksio sesarea.</p> <p><b>DO</b> : laboratorium leukosit 14.800 /<math>\mu</math>L, HB 11g/dL.</p>	Risiko infeksi	Prosedur invasive : seksio sesarea

**F. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d agen injuri fisik : post seksio sesarea
2. Risiko infeksi b.d prosedur invasive: seksio sesarea

No	NOC	NIC
1	<p><b>Kontrol Nyeri</b></p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengenal kapan nyeri terjadi (4)</li> <li>b. Menggunakan tindakan pencegahan (2)</li> <li>c. Melaporkan nyeri terkontrol (2)</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Activities :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif PQRST</li> <li>b. Observasi petunjuk ketidaknyamanan non verbal</li> <li>c. Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu</li> <li>d. Ajari klien dan keluarga melakukan tindakan kontrol nyeri secara non farmakologi</li> <li>e. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
2	<p><b>Kontrol Risiko : Proses Infeksi</b></p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi (3)</li> <li>b. Mencuci tangan (3)</li> <li>c. Mempraktikkan strategi mengontrol infeksi (3)</li> <li>d. Mempertahankan lingkungan yang bersih (4)</li> </ul>	<p><b>Kontrol Infeksi</b></p> <p>Activities :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bersihkan lingkungan dengan baik</li> <li>b. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat</li> <li>c. Tingkatkan <i>intake</i> nutrisi yang tepat</li> <li>d. Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda-tanda infeksi yang tepat</li> <li>e. Ajarkan klien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi</li> <li>f. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>

Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
I	17/11/17  07. 00  07.25  09. 00	1.1 Mengkaji nyeri 1.2 Mengobservasi ketidaknyamanan nonverbal 1.3 Mengajarkan klien dan keluarga melakukan <i>hand-foot massage</i> 1.4 Memberikan injeksi analgetik per IV	S :  <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri berkurang pada skala 4, namun masih bersifat menetap, dan skala nyeri dapat meningkat bila melakukan aktivitas atau gerakan.</li> <li>Klien mengatakan dirinya mencegah dan mengurangi terjadinya nyeri dengan berhati-hati saat bergerak.</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>Nadi : 94x/menit</li> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>Ekspresi klien tenang</li> <li>Klien tampak berhati-hati saat bergerak, dan sesekali meringis bila klien bergerak dan merasa nyeri.</li> </ul> A : Nyeri terkontrol P : lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5
II	07. 30  07. 32  07. 37	2.1 Menganjurkan keluarga membersihkan lingkungan pasien dengan baik 2.2 Menganjurkan klien meningkatkan <i>intake</i> nutrisi terutama protein. 2.3 Mengajarkan klien dan keluarga mengenai tanda-tanda infeksi. 2.4 Mengajarkan klien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi 2.5 memberikan antibiotik per IV	S :  <ul style="list-style-type: none"> <li>terasa nyeri pada jahitan.</li> </ul> O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>klien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, suhu tubuh 36.5°C</li> <li>suhu kulit sekitar jahitan tidak lebih hangat dari suhu kulit,</li> </ul>

	07.39  09.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>pembengkakan dan keluaran pada area jahitan dan sekitar jahitan tidak dapat diobservasi karena tertutup verban.</li> </ul> <p>A : Risiko infeksi terkontrol</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</li> </ul>
I	17/11/17  07.10 07.13  07.30 09.05	<p>1.1 Mengkaji nyeri</p> <p>1.2 Mengobservasi ketidaknyamanan nonverbal</p> <p>1.3 Melakukan hand-foot massage</p> <p>1.4 Memberikan injeksi analgetik per IV</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri berada pada skala 3, namun masih bersifat menetap, dan skala nyeri dapat meningkat bila melakukan aktivitas atau gerakan.</li> <li>Klien mengatakan dirinya mencegah dan mengurangi terjadinya nyeri dengan berhati-hati saat bergerak.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nadi : 89x/menit</li> <li>TD : 120/70 mmHg</li> <li>Ekspresi klien tenang</li> <li>Klien tampak berhati-hati saat bergerak</li> </ul> <p>A : Nyeri terkontrol</p> <p>P : anjurkan klien dan keluarga untuk melakukan terapi nonfarmakologi untuk menangani nyeri dirumah.</p>
II	07.52  07.55	<p>2.1 Menganjurkan keluarga membersihkan lingkungan pasien dengan baik</p> <p>2.2 Menganjurkan klien meningkatkan intake nutrisi terutama protein.</p> <p>2.3 Mengajarkan klien dan keluarga mengenai tanda-tanda infeksi.</p>	<p>S : area luka terasa nyeri.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Term 36.5°C</li> <li>tidak terdapat keluaran cairan, pus maupun darah dari jahitan</li> <li>tidak tampak</li> </ul>

	<p>08. 00</p> <p>08. 07</p> <p>09. 05</p> <p>10. 20</p>	<p>2.4 Mengajarkan klien dan keluarga mengenai pencegahan infeksi</p> <p>2.5 memberikan antibiotik per IV</p> <p>2.6 melakukan perawatan luka</p>	<p>kemerahan pada kulit area sekitar jahitan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tidak terjadi pembengkakan, tidak terjadi peningkatan suhu pada kulit sekitar jahitan.</li> <li>• Klien dan keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Klien mampu mempraktikkan cuci tangan dengan langkah-langkah yang benar dan pada saat yang tepat.</li> <li>• Klien dan keluarga mampu mempraktikkan cara mengontrol infeksi seperti menjaga kebersihan diri dan mengonsumsi makanan tinggi protein.</li> <li>• Keluarga membantu menjaga kebersihan lingkungan klien.</li> </ul> <p>A : Risiko infeksi terkontrol</p> <p>P : Mengajarkan klien dan keluarga mengenai tanda-tanda infeksi.</p>
--	---	---	--

