

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Defenisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan persalinan janin melalui sayatan perut terbuka (laparotomi) dan sayatan di dalam Rahim (histerotomi) (Sung and Mahdy, 2020).

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen atau uterus ibu. *Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin (Ayunigtyas dkk, 2018).

2. Etiologi

Menurut (Dianti Sari, 2021) penyebab dari tindakan *sectio caesarea* adalah pelaksanaan indikasi operasi *sectio caesarea* dalam ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini, sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distres dan janin besar melebihi 4.000 gram. Terdapat beberapa faktor penyebab *sectio caesarea* yaitu sebagai berikut:

a. CPD (*Cepalo Pelik Disproportion*)

Cepalo Pelik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran kepala janin tidak sesuai dengan ukuran lingkaran

panggul ibu sehingga ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Yang dimaksud dengan tulang panggul yaitu merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan lahir bagi bayi.

Kelainan atau panggul patologis juga terkadang menjadi penyebab kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*. Penyebab bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal adalah keadaan patologis tersebut.

b. PEB (pre-Eklamsi Berat)

Diagnosa dini amatlah penting karena dapat mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi. pre-eklamasi dan eklamsi adalah kesatuan penyakit pada kehamilan, namun sebabnya belum jelas. Setelah terjadinya perdarahan dan infeksi pre-eklamasi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini yaitu pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini terjadi pada usia kehamilan aterm diatas 37 minggu.

d. Bayi Kembar

Kelahiran bayi kembar tidak selamanya dilahirkan secara caesar, hal ini disebabkan kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

f. Kelainan Letak Janin

- 1) Kelainan pada letak kepala: letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
- 2) Presentasi Muka: letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%.
- 3) Presentasi Dahi: posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap

paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (Ramandanty, 2019).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Sari, 2012) tanda dan gejala yang muncul sehingga membuat ibu dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* adalah:

- a. Fetal distress
- b. His lemah/melemah
- c. Janin dalam posisi sungsang atau melintang

- d. Bayi besar ($BBL \geq 4,2$ kg)
- e. Plasenta previa
- f. Kelainan letak
- g. Disproporsi cevalo-pelvik (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- h. Rupture uteri mengancam
- i. Hidrocephalus
- j. Primi muda atau tua
- k. Partus dengan komplikasi
- l. Panggul sempit
- m. Problema plasenta

5. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi tindakan *Sectio Caesarea*

Menurut (Sari, 2018) faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan *Sectio Caesarea* antara lain:

a. Umur Ibu

Hal ini dapat menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan dan nifas serta bayinya. Umur ibu yang terlalu tua dan terlalu muda juga merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan jika umur ibu pada saat hamil terlalu tua yang usianya 35 tahun atau lebih akan

menghadapi resiko seperti kelainan bawaan dan penyakit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20-34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan.

b. Paritas Ibu

Hal ini dapat menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Paritas tinggi yaitu jumlah anak lebih dari empat berpotensi untuk timbulnya kelainan ginekologis dan non obsterik serta mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi.

B. Konsep Kecemasan

1. Defenisi Kecemasan

Kecemasan adalah suatu respon terhadap rangsangan dari dalam dan luar yang menghasilkan gejala emosional, kognitif, fisik, dan perilaku (Ainul Shifa, 2023).

Kecemasan adalah gangguan dalam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam meniali realitas, keperibadia masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Fazdria & Meliani, 2014).

2. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut (Stuart, 2016) antara lain:

a. Faktor Intrinsik

1) Usia Pasien

Sebagian besar gangguan kecemasan terjadi pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita, namun gangguan kecemasan ini dapat terjadi pula pada semua usia.

2) Pengalaman

kecemasan dapat dipengaruhi oleh pengalaman individu tentang pengalaman pasien mengalami pengobatan/tindakan medis.

3) Konsep Diri dan Peran

Kecemasan yang berlebih disebabkan oleh konsentrasi yang terganggu, hal ini biasanya dikarenakan adanya peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat.

b. Faktor Ekstrinsik

1) Kondisi Medis

Gejala kecemasan ditemukan berhubungan dengan kondisi medis walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis.

2) Tingkat Pengetahuan

Kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus dipengaruhi juga dari tingkat Pendidikan seseorang, jika tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya.

3) Akses Informasi

Akses informasi merupakan pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya.

4) Proses Adaptasi

Stimulus yang dihasilkan baik internal maupun eksternal (lingkungan) yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus dipengaruhi oleh tingkatan adaptasi manusia.

5) Tingkat Sosial Ekonomi

Diketahui bahwa status sosial ekonomi berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik, karena masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi gangguan psikiatriknya lebih banyak.

6) Jenis Tindakan

Klasifikasi suatu tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang.

3. Tingkat Kecemasan

Menurut (Dianti Sari, 2021) tingkat kecemasan dapat dibagi atas:

a. Cemas Ringan

Kecemasan ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas, selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat, kecemasan ringan ini terjadi saat ketegangan hidup seseorang.

b. Cemas Sedang

Pada keadaan cemas sedang lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar dan menangkap. Seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja

c. Cemas Berat

Pada keadaan cemas berat seseorang cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berfikir tentang hal lain, cemas berat ini ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi.

d. Panik

Pada keadaan panik terdapat peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berhubungan dan

bersosialisasi dengan orang lain, persepsi menyempit dan pemikiran yang tidak rasional. Orang yang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif, Sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan.

3. Manifestasi Kecemasan

Menurut (Irman dkk, 2020) manifestasi respon kecemasan dapat berupa perubahan respon fisiologis, kognitif, dan efektif antara lain:

a. Respon Fisiologi

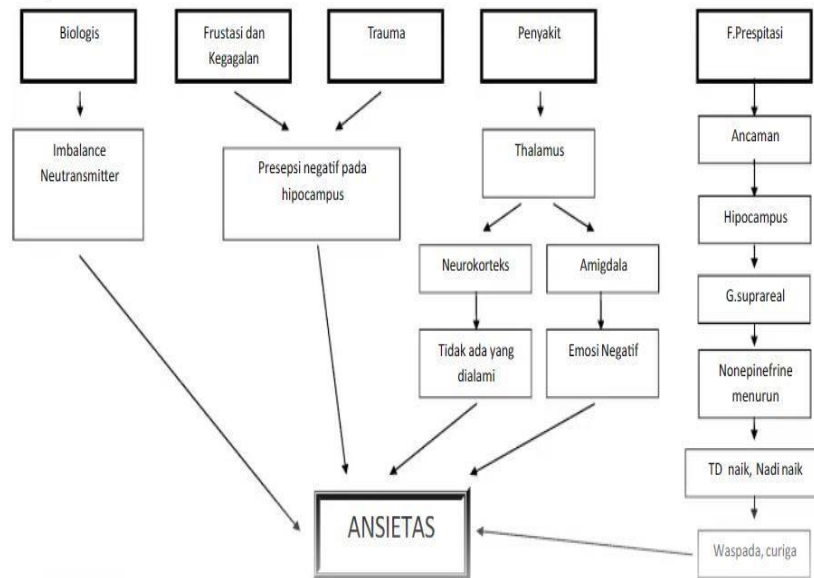
- 1) Sistem Kardiovaskuler: Palpitasi jantung berdebar, tekanan darah meninggi, tekanan darah menurun, rasa mau pingsan, denyut nadi menurun.
- 2) Sistem pernafasan: Nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, terengah-engah, sensasi tercekik.
- 3) Sistem Neuromuskular: Reflek meningkat, mata berkedip kedip, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang, rigiditas, kelemahan umum, kaki goyah.
- 4) Sistem Gastrointestinal: Kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, muntah, diare, sistem traktus urinarius tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.

- 5) Sistem Integument: Wajah kemerahan, berkeringat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat dingin seluruh tubuh.
- b. Respon Perilaku: Gelisah, ketegangan fisik, tremor, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, melarikan diri dari masalah, cenderung mendapat cedera.
- c. Respon Kognitif: Meliputi hambatan berpikir, bidang persepsi menurun, kreatifitas dan produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran meningkat, kehilangan objektifitas, khawatir kehilangan kontrol, khawatir cedera, mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, kekhawatiran, tremor, gelisah.

4. Pathway

Pathway Kecemasan (Kecemasan)

Pathway Ansietas



5. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan dalam mengurangi kecemasan menurut (Kaplan & Sadock, 2010) diantaranya yaitu:

a. Farmakologi

Jenis obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan adalah anti ansietas dan anti depresan. Anti ansietas ini meliputi buspirone dan benzodiazepine, sedangkan anti depresan meliputi golongan Serotonin Norepinephrin Reuptake Inhibitors (SNPI).

b. Non Farmakologi

1) Terapi Perilaku

Hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi stress adalah dengan terapi perilaku atau latihan relaksasi, hal ini dapat dilakukan dengan mengukur tekanan emosional yang terkait dengan kecemasan.

2) Terapi Kognitif

Terapi kognitif yang akan dilakukan adalah terapi mengalih perhatian (distraksi) pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami.

3) Psiko Terapi

Perawat harus dapat merumuskan rencana untuk memenuhi kebutuhan pendidikan kesehatan setiap klien, hal ini penting dikarenakan dapat mempromosikan respon adaptif klien kecemasan.

4) Alat Ukur Kecemasan

Berbagai macam alat ukur yang dapat digunakan, diantaranya: *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, *Depression Anxiety Scale (ZSRAS)*, *Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS)*, *Chinese Version of The State Anxiety Scale for Children (CSAS-C)*, dan *Amsterdam Preoperative anxiety and Information Scale (APAIS)*.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre Operasi Sectio

Caesarea dengan Kecemasan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahap awal pada proses keperawatan dan dapat mengumpulkan data dengan sistematis dimulai dari dengan mengumpulkan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien.

a. Pemeriksaan Fisik

- 1) Pemeriksaan Kesadaran
- 2) Tanda – tanda Vital
 - a) Tekanan Darah
 - b) Nadi
 - c) Pernapasan
 - d) Suhu
- 3) Pemeriksaan Kepala dan Leher
 - a) Rambut

- b) Mata
 - c) Hidung
 - d) Mulut dan Gigi
 - e) Telinga
 - f) Leher
- 4) Pemeriksaan Dada/Thoraks

Tidak ada pembengkakan di dada dan bentuknya normal. Inspeksi biasanya menunjukkan simetris kiri dan kanan, retraksi otot bantu pernapasan, palpasi biasanya menunjukkan fremitus sama antara kiri dan kanan, dan tidak ada nyeri. Perkusi biasanya menunjukkan suara normal sonor, dan auskultasi biasanya menunjukkan suara normal vesikular.

5) Pemeriksaan Jantung

Pemeriksaan inspeksi biasanya tidak menunjukkan infark jantung, gerakan dada simetris, dan palpasi biasanya menunjukkan infark jantung teraba dan tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan perkusi biasanya menunjukkan batas sonor jantung, dan auskultasi biasanya menunjukkan suara vesikuler.

6) Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan inspeksi biasanya simetris dan tidak menunjukkan pembengkakan. Palpasi biasanya tidak menunjukkan pembesaran hepar atau nyeri tekan. Perkusi

biasanya menunjukkan suara timpani dan auskultasi biasanya menunjukkan bising usus pasien.

7) Ekstremitas

a) Pemeriksaan Refleks

Saat siku ditekuk, biasanya tidak ada respons dari siku. Tidak ada fleksi atau ekstensi (reflek bisep (-)) ataupun fleksi dan supinasi (reflek trisep (-)).

b) Pemeriksaan Otot

Penilaian kekuatan otot adalah alat yang umum digunakan untuk memeriksa penderita kelumpuhan. Selain mendiagnosa status kelumpuhan, penilaian ini juga digunakan untuk melihat apakah ada kemajuan yang dibuat selama perawatan atau sebaliknya apakah kondisi penderita menjadi lebih buruk.

b. Pengkajian Fokus

1) Aktivitas/istirahat

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas karena hilangnya rasa, kelemahan, paralisis, hemiplegi, mudah lelah, dan susah tidur.

2) Sirkulasi

Ada riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, hipertensi arterial, dan CHF.

3) Integritas Ego

Emosi yang tidak stabil, respons yang tidak tepat, mudah marah, dan kesulitan untuk berkomunikasi.

4) Eliminasi

Perubahan dalam kebiasaan BAB dan BAK seperti inkontinensia urin, anuria, distensi kandung kemih, distensi perut, dan kehilangan suara bisung usus.

5) Makanan/Cairan

Nausea, vomiting, kehilangan sensasi di lidah, pipi, tenggorokan, dan disfagia.

6) Neurosensori

Pusing, sinkope, sakit kepala, perdarahan intrakranial dan subarachnoid. Berbagai tingkat kelemahan, gangguan penglihatan, kabur, diplopia, dan lapang pandang menyempit, hilangnya daya sensoris di sisi ekstremitas yang berlawanan dan kadang-kadang di sisi muka yang sama.

7) Kenyamanan/Nyeri

Sakit kepala, gangguan tingkah laku, kelemahan, tegang pada otak atau muka.

8) Respirasi

Tidak dapat menelan, batuk, suara nafas *wheezing* dan *ronchi*.

9) Keamanan

Penurunan sensorik motorik, perubahan persepsi dan orientasi, ketidakmampuan menelan hingga ketidakmampuan mengatur kebutuhan nutrisi, dan ketidakmampuan untuk membuat keputusan.

10) Interaksi Sosial

Gangguan dalam berbicara dan kesulitan berkomunikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Ansietas <i>Kategori : psikologis</i> <i>Subkategori : Integritas Ego</i>	D.0080
Definisi Kondisi emosi dan pengalam subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat anbtisioasiahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.	

Penyebab

1. Kritis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhdap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi sistem keluarga
8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
10. Penyalahgunaan zat
11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain;lain)
12. Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa bingung
2. merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. sulit berkonsentrasi

Objektif

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh Pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaforesis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">8. Kontak mata buruk9. Sering berkemih10. Berorientasi pada masa lalu |
| <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun)2. Penyakit akut3. Hospitalisasi4. Rencana operasi5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas6. Penyakit neurologis7. Tahap tumbuh kembang |

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Perencanaan keperawatan merupakan salah satu proses pendekatan keperawatan setelah penegakkan diagnosa keperawatan yang terdiri dari luaran dan intervensi. Luaran keperawatan adalah aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Anxietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat Anxietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Perilaku Tegang dari meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>2) Konsentrasi dari memburuk menjadi cukup</p>	<p>Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik</p>

		<p>membalik</p> <p>3) Pola tidur dari memburuk menjadi cukup membaik</p>	<p>sebelumnya</p> <p>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika perlu</p> <p>7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>8. Gunakan pakaian</p>
--	--	--	---

			<p>longgar</p> <p>9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>10. Gunakan relaksasi sebagai strategi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai.</p> <p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (relaksasi genggam jari)</p> <p>12. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>13. Anjurkan mengambil posisi yang</p>
--	--	--	--

			nyaman
			14. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
			15. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
			16. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (Relaksasi Genggam Jari).

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien keluar dari masalah status kesehatan yang dihadapi dan diharapkan menjadi lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Siregar, 2014).

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi yang menjadi sasaran adalah kriteria hasil yang di tentukan dari buku standar Luaran Keperawatan Indonesia (T. P. PPNI 2019).

Pada tahap evaluasi dibagi menjadi 4 tahap yakni SOAP diantaranya:

- a. **S:** Hasil pemeriksaan yang dikeluhkan pasien. Seperti apakah pasien masih sulit tidur, masih merasa sulit berkonsentrasi atau tidak
- b. **O:** Hasil pemeriksaan terakhir yang dilakukan oleh perawat berhubungan dengan kriteria hasil seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, apakah kecemasan sudah membaik atau tidak
- c. **A:** Pada tahap ini dijelaskan apakah kebutuhan klien terpenuhi atau tidak
- d. **P:** Dijelaskan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan untuk pasien
- e. Dokumentasikan hasil yang diharapkan atau tidak diharapkan sebagai evaluasi pemberian rasa aman pada pasien.

D. Teknik Relaksasi Genggam Jari

1. Defenisi Teknik Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi Genggam Jari merupakan suatu teknik relaksasi dengan jari tangan yang dimana mekanismenya adalah dengan menarik nafas sambil menggenggam jari tangan selama 10-15 menit yang akan menghasilkan rangsangan ke otak melalui titik meridian dan selanjutnya akan di alirkan ke organ tubuh yang mengalami sumbatan energi, sehingga energi yang terhambat akan mengalir lancar dan akan menghasilkan efek rileks atau menenangkan (Dewi Haryanti, 2023).

2. Efektivitas Teknik Relaksasi Genggam Jari

Menurut penelitian, pemberian terapi relaksasi genggam jari bertujuan untuk menurunkan tingkat kecemasan yang timbul saat akan menjalani prosedur tindakan *Sectio Caesarea*. Dengan gerakan yang berulang selama 10-15 menit pada terapi ini akan terjadi penurunan tingkat kecemasan yang dialami pasien.

3. Manfaat Terapi Relaksasi Genggam Jari

Manfaat teknik relaksasi genggam jari dapat menghilangkan secara cepat takut, khawatir, marah, kesedihan, dan juga mengurangi nyeri. Masing-masing dari genggaman jari memiliki manfaat tersendiri diantaranya, genggaman pada ibu jari bermanfaat untuk mengurangi kekhawatiran, depresi, kebencian, obsesi, kecemasan,

perlindungan diri, hingga kelelahan fisik. Genggaman pada jari telunjuk memiliki tujuan utama untuk mengurangi rasa takut, selain itu dapat membantu pada kondisi depresi, frustrasi, masalah pencernaan, eliminasi, dan ketidaknyamanan. Genggaman pada jari Tengah secara umum berfungsi untuk mengatasi kemarahan, dan memiliki manfaat tambahan untuk mengurangi rasa mudah tersinggung, tidak stabil, kelelahan umum dan ketidaknyamanan pada dahi. Genggaman pada jari manis secara umum berfungsi untuk mengatasi kesedihan, mengatasi perasaan negatif, kenyamanan pernafasan dan ketidaknyamanan pada telinga. Sementara itu, genggaman pada jari kelingking mempunyai manfaat untuk mengurangi rasa tidak nyaman, relaksasi dan gangguan pada pencernaan (Tiara, 2023).

4. Standar Operasional Prosedur (SOP) Terapi Relaksasi Genggam Jari

Standar operasional prosedur (SOP) keperawatan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam menjalankan prosedur keperawatan yang efektif, efisien dan aman serta etis. Standar operasional prosedur (SOP) keperawatan juga adalah suatu perangkat instruksi atau langkah – langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin yang dikerjakan oleh perawat yang dibuat oleh fasilitas pelayanan keperawatan atau kesehatan berdasarkan standar profesi (Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI, 2021).

Tabel 2.3 SOP Terapi Relaksasi Genggam Jari

<p>Pengertian Terapi Relaksasi Genggam Jari</p>	<p>Genggam Jari merupakan suatu teknik relaksasi dengan jari tangan yang dimana mekanismenya adalah dengan menarik nafas yang akan menghasilkan rangsangan ke otak melalui titik meridian dan selanjutnya akan di alirkan ke organ tubuh yang mengalami sumbatan energi, sehingga energi yang terhambat akan mengalir lancar yang akan menghasilkan efek rileks atau menenangkan (Dewi Haryanti, 2023).</p>
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi ansietas, takut, dan rasa nyeri 2. Mengurangi perasaan panik 3. Meningkatkan kenyamanan dan rasa damai pada tubuh 4. Menenangkan dan mengontrol emosi
<p>Alat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar instrument pengukuran kecemasan dengan menggunakan <i>Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</i>

	2. Jam tangan
Prosedur kerja	<p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam, perkenalkan diri 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan intervensi kepada responden 3. Kontrak waktu 4. Menanyakan persetujuan responden 5. Memberikan lembar instrument HARS untuk mengukur tingkat kecemasan responden
	<p>Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan dan observasi Tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi 2. Berikan suasana lingkungan yang terang 3. Bantu responden pada posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang 4. Perawat meminta responden untuk

	<p>merilekskan pikiran</p> <p>5. Minta pasien menarik nafas dalam dan hembuskan perlahan melalui mulut untuk merileksakan semua otot, sambil menutup mata</p> <p>6. Berikut ini gerakan relaksasi genggam jari</p> <p>a. Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menggenggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.</p> <p>b. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari hingga kelingking selama 2-3 menit</p> <p>c. Lakukan semua teknik relaksasi genggam jari ini secara bergantian antara tangan kanan dan tangan kiri</p>
--	--

	<p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Motivasi pasien untuk mempraktikkan Kembali Teknik relaksasi genggam jari2. Melakukan pengukuran Tingkat kecemasan setelah intervensi3. Lakukan dokumentasi.
--	---

Sumber: Ma'rifah Handayani, & Dewi, 2015)