

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat insisi untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Giri, Wandia dan Harkitasari, 2021). Istilah "*Sectio Caesarea*" mengacu pada teknik persalinan tertentu yang, jika diperlukan secara medis, melibatkan pemotongan dinding rahim. Karena risiko dan masalah yang dapat timbul selama kelahiran melalui vagina, *sectio caesarea* dilakukan untuk memastikan keselamatan ibu dan janin (Juliathi, Marhaeni dan Dwi Mahayati, 2020). Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan Sectio caesarea (SC) menurut (Siagian, Anggraeni dan Pangestu, 2023), yaitu sebagai berikut:

a. Sectio caesarea Primer (Elektif)

Sectio Caesarea Primer dilakukan melalui operasi yang telah direncanakan sejak awal, prosedur ini dilaksanakan sebelum persalinan dimulai.

b. Sectio caesarea Sekunder

Persalinan seorang wanita apabila tidak berjalan lancar atau gagal pada upaya persalinan secara pervaginam, maka dokter segera melakukan tindakan operasi sesarea.

c. Sectio caesarea Ulang

Ibu pada kehamilan sebelumnya melakukan operasi SC dan pada kehamilan berikutnya juga melakukan SC.

d. Sectio caesarea Histerektomi

Histerektomi yang dilakukan setelah proses persalinan dengan metode SC, dilakukan karena alasan medis tertentu.

e. Operasi Porro

Operasi Porro dilakukan apabila janin sudah meninggal di dalam rahim dan tidak dapat dikeluarkan melalui kavum rahim, sehingga dilakukannya histerektomi secara langsung.

2. Indikasi Sectio Caesaria

Adapun indikasi untuk dilakukannya persalinan secara sesarea menurut (Reeder, Martin dan Griffin, 2017):

a. Indikasi Ibu

1) Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal)

Distosia merupakan indikasi yang digambarkan sebagai suatu kegagalan kemajuan dalam persalinan. Distosia merujuk pada kemajuan persalinan yang tidak normal. Persalinan berlangsung lebih lama, lebih nyeri atau tidak normal karena adanya masalah pada mekanisme persalinan. Hal ini berhubungan juga dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dengan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi atau aksi kontraksi uterus yang abnormal.

2) CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*)

Cepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat mengakibatkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

3) PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh kehamilan. Proteinuria dan tekanan darah tinggi adalah gejala preeklampsia, suatu kondisi yang berkembang pada trimester kedua kehamilan. Preeklampsia ini biasanya akan pulih di periode postnatal. Preeklampsia bisa terjadi pada antenatal, intranatal, postnatal (Yeyeh, Yolanda Sari dan Humaeroh, 2021).

4) KPD (Ketuban Pecah Dini)

KPD adalah ketuban pecah sebelum bayi lahir dan setelah menunggu satu jam hingga induksi berlangsung, hal ini dikenal sebagai ketuban pecah dini. Mayoritas kelahiran prematur terjadi setelah usia kehamilan 37 minggu, sedangkan sebagian besar terjadi sebelum usia kehamilan 36 minggu.

5) Plasenta Previa Sentralis dan Lateris (Posterior) dan Totalis

Lokasi implantasi plasenta yang tidak tepat, khususnya di bagian bawah rahim, yang menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum, dikenal sebagai plasenta previa. Kelainan posisi janin, prematur, morbiditas dan mortalitas yang

tinggi, hipoksia intrauterin hingga kematian, serta anemia dan syok adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi akibat plasenta previa pada ibu. Komplikasi lainnya termasuk robekan serviks, perdarahan yang berlebihan, infeksi, dan perdarahan hebat saat menstruasi berat (Serli, Anieq dan Nadyah, 2019).

b. Indikasi Janin

1) Bayi Kembar

Kehamilan dengan bayi kembar memungkinkan dilakukannya tindakan sesarea, hal ini disebabkan karena kelahiran kembar memiliki risiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Bayi kembar dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

2) Kelainan Letak Janin

a) Kelainan pada letak kepala

i. Letak kepala tengadah

Pemeriksaan yang dilakukan dengan menyeluruh, UUB terendah akan teraba, dan area terendah adalah bagian atas kepala. Penyebab dari letak kepala tengadah ini karena adanya kelainan panggul, janin yang terlalu kecil, dan masalah serupa lainnya.

ii. Presentasi muka

Pemeriksaan dilakukan dengan memiringkan kepala di bagian tengah (defekasi), sehingga titik terendah adalah wajah. Kurang dari 0,27% hingga 0,5% dari waktu.

iii. 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.

b) Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan janin dengan letak memanjang, kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Terdapat beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

3. Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi yang bisa terjadi pada ibu post *sectio caesarea* yaitu risiko terjadi perlakuan pada vesika urinari yang menyebabkan perdarahan selama proses pembedahan, infeksi *puerperalis*, serta infeksi pada jahitan luka operasi yang biasanya disebabkan oleh ketuban pecah dini yang terlalu lama, terjdinmya atonia uteri merupakan dampak dari perdarahan yang tidak mampu dikontrol sehingga pada akhirnya dapat terjadi kondisi syok hipovolemik, dan risiko tinggi terjadi plasenta previa untuk kehamilan berikutnya. Nyeri post sesarea menyebabkan terjadinya syok neurogenik apabila tidak mendapatkan penanganan yang segera dan tepat (Sugito, Ta'adi dan Ramian, 2023).

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan tindakan *sectio caesarea* menurut (Aspiani, 2017):

- a. Hitung darah lengkap
- b. Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes Coombs. Nb
- c. Urinalisis: Menentukan kadar albumin/glukosa
- d. Pelvimetri: Menentukan CPD
- e. Kultur: Mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- f. Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta, menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- g. Amniosistensi: Mengkaji maturitas paru janin
- h. Tes stress kontraksi atau tes non-stres: Mengkaji respons janin terhadap Gerakan/stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
- i. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus

5. Penatalaksanaan

Standar dalam penatalaksanaan ibu nifas post *sectio caesarea* yang harus dicermati dan ditaati menurut (Maryati, 2022):

- a. Manajemen Post Operatif
 - 1) Setelah satu jam pertama, pasien ditempatkan di ruang isolasi untuk pemulihan. Pemeriksaan tanda-tanda vital; tensi, denyut nadi, dan pernapasan, yang dipantau setiap 15 menit dalam 1 jam pertama. Satu jam selanjutnya, dilakukan pemantauan setiap 30 menit.

2) Pasien tidur dengan wajah menghadap ke samping dan pastikan kepalanya agak tengadah agar jalan napas pasien bebas

b. Mobilisasi/aktivitas

Delapan hingga dua belas jam setelah SC, ibu diperbolehkan untuk duduk; dua puluh empat jam kemudian, ibu diperbolehkan berjalan; dan pada hari kedua, ibu bahkan diperbolehkan mandi sendiri apabila mampu.

c. Perawatan Luka

Perawatan luka setelah operasi sesarea meliputi penggantian perban atau penutup luka yang lama atau tidak bersih dengan perban atau penutup luka yang baru. Selain membuat pasien merasa aman dan nyaman, tujuan dari perawatan luka adalah untuk mencegah agar tidak terjadinya infeksi pada luka.

d. Pemberian cairan dan dilakukan penghitungan intake serta outputnya sesuai kebutuhan.

e. Penanganan nyeri dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesik sesuai anjuran dokter

f. Pemasangan Kateter/Eliminasi

Kateter dower atau kateter balon harus dibiarkan di tempat setidaknya selama 24 hingga 48 jam kecuali pasien dapat buang air kecil secara mandiri; hal ini akan mencegah pasien mengalami rasa sakit, ketidaknyamanan, involusi uterus yang terhambat, dan perdarahan yang disebabkan oleh kandung kemih yang penuh. Dua belas hingga dua puluh empat jam setelah operasi, kateter dapat dicabut. Mungkin perlu untuk menunda pencabutan kateter jika terdapat hematuria.

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Cedera fisik atau potensi cedera jaringan dapat memberikan pengalaman pada sensorik maupun emosional yang tidak menyenangkan dan disebut sebagai nyeri. Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)*, terdapat banyak aspek yang ditimbulkan dari rasa sakit yaitu reaksi emosional, fisik dan mental. Ketidaknyamanan yang dirasakan di daerah yang terlokalisasi karena cedera pada jaringan lunak dikenal sebagai nyeri. Tergantung pada situasinya, fenomena ini dapat bersifat ringan, sedang, atau berat; tumpul, membakar, atau akut; sementara, intermiten, atau kronis; dan dangkal, dalam, terlokalisasi, atau menyebar. Nyeri adalah suatu sensasi, memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan (Bahrudin, 2017). Pernyataan diatas, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah suatu stimulus yang tidak nyaman dan sangat kompleks serta dapat diamati secara verbal maupun nonverbal (Razak, Suharsono dan Santjaka, 2023).

2. Klasifikasi Nyeri

Menurut SDKI (2017) nyeri dapat diklasifikasikan menjadi tiga, antara lain:

a. Nyeri Melahirkan

Pengalaman sensorik dan emosional dari rasa sakit persalinan, yang dapat berkisar dari yang menyenangkan hingga yang tidak menyenangkan, merupakan bagian dari proses persalinan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan adanya kerusakan pada jaringan aktual maupun fungsional, dengan memberikan reaksi yang mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, dan nyeri berlangsung lebih dari 3 bulan

c. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan secara aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

3. Fisiologis Nyeri

Operasi secara sesarea dilakukan dengan memberikan robekan pada dinding abdomen yang akan memutuskan kontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf di daerah insisi. Hal tersebut akan menyebabkan histamin dan prostaglandin sebagai reseptor nyeri akan terangsang keluar sehingga menimbulkan nyeri. Stimulus reseptor nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer melewati cornu dorsalis dan corda spinalis menuju korteks serebri. Impuls nyeri akan segera berakhir di serabut perifer, selanjutnya impuls nyeri akan melalui serabut tractus sensori ascenden. Serabut tractus sensori ascenden memiliki interkoneksi dengan system neuronal descenden. Terdapat interkoneksi neuron dalam cornu dorsalis yang ketika diaktifkan akan menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau menstimulasi nyeri dalam jaras ascenden. Area ini sering disebut

sebagai gerbang “*gate control*”. Teori tersebut menyatakan eksistensi dari kemampuan endogen untuk mengurangi dan meningkatkan derajat perasaan nyeri melalui modulasi impuls yang masuk pada kornu dorsalis melalui “*gate*” (gerbang). Serabut nyeri kemudian masuk menuju medulla spinalis dengan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan terdapat pesan nyeri yang akan berinteraksi dengan sel-sel saraf. Stimulus nyeri akan mencapai korteks serebral, maka otak mulai menginterpretasikan kualitas nyeri. Setelah sampai pada otak, nyeri dirasakan secara sadar dan menimbulkan respons berupa perilaku maupun ucapan yang merespons bahwa adanya nyeri. Perilaku yang ditunjukkan seperti menghindari stimulus nyeri atau ucapan akibat respons nyeri seperti “aduh”, “auw” (Sugito, Ta’adi dan Ramlan, 2022).

4. Respon Terhadap Nyeri

Respon nyeri yang dirasakan setiap orang berbeda. Reaksi fisiologis dan perilaku merupakan gabungan dari respon adanya rasa sakit. Reaksi ini timbul ketika seseorang terpapar dengan nyeri dan individu memiliki karakteristik yang berbeda-beda dalam merespon rasa nyeri. Berikut ini adalah ikhtisar reaksi perilaku dan fisiologis yang terjadi pada seseorang yang merasa nyeri, seperti yang dijelaskan oleh (Andarmoyo, 2013):

a. Respon fisiologis terhadap nyeri

Respon fisiologis timbul pada saat impuls nyeri naik menuju medulla spinalis, ke batang otak dan hipotalamus kemudian system saraf otonom akan aktif yang merupakan bagian dari respon stress. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus, berat, dalam dan melibatkan organ-organ dalam/*visceral* maka system saraf

simpatis akan menghasilkan suatu respon. Contoh dari respon fisiologis yang ditimbulkan terhadap nyeri yaitu individu akan tampak pucat yang dapat mengakibatkan suplai darah berpindah dari perifer dan pernafasan menjadi cepat serta tidak teratur yang dapat menyebabkan pertahanan tubuh gagal dalam menangani stress akibat nyeri yang dirasakan terlalu lama.

b. Respons perilaku

Respons perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam, respons perilaku nyeri pada klien dapat mencakup:

- 1) Vokalisasi : mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur
- 2) Ekspresi wajah: Meringis, menggeletukan gigi, mengernyitkan dahi, menutup mata atau mulu dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar serta mengigit bibir
- 3) Gerakan tubuh: gelisah, bersikap protektif, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan

5. Tanda dan Gejala Nyeri

Tanda dan gejala nyeri menurut (SDKI, 2017) yaitu :

a. Mayor

- 1) Subjektif :
 - a) Mengeluh nyeri
- 2) Objektif :
 - b) Tampak meringis
 - c) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - d) Gelisah

- e) Frekuensi nadi meningkat
- f) Sulit tidur
- a. Minor
 - 1) Subjektif : -
 - 2) Objektif :
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola napas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaphoresis

6. Asesmen Nyeri

Asesmen nyeri merupakan upaya yang dilakukan tenaga kesehatan untuk melakukan penilaian rasa nyeri pada pasien, sehingga dapat mengatasi nyeri yang dialami. Asesmen nyeri menurut (Pinzon, 2016) terdiri dari asesmen awal, ulang dan lanjutan yaitu sebagai berikut:

a. Asesmen awal

Asesmen awal adalah suatu tindakan melakukan penilaian rasa nyeri pada pasien pertama kali di rawat jalan maupun di Unit Gawat Darurat. Evaluasi nyeri pertama akan mencakup topik-topik berikut:

1) Paliative/provocating (P)

Data ini berkaitan dengan asal mula rasa sakit serta faktor-faktor yang memperparah rasa sakit pasien.

2) Quality (Q)

Data ini mengacu pada kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti bagaimana nyeri yang dirasakan oleh pasien, seperti tertusuk-tusuk, panas, terbakar, tertindih dan lain sebagainya.

3) Region/radiation (R)

Data ini berkaitan pada lokasi nyeri yang dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri tersebut dirasakan.

4) Severity (S)

Adalah tingkat rasa sakit yang dirasakan oleh penderita. Pengukuran intensitas nyeri dilakukan dengan penggunaan skala nyeri dan derajat nyeri.

5) Time (T)

Merupakan waktu munculnya nyeri yang dirasakan oleh pasien. Apakah nyeri yang dirasakan muncul perlahan atau tiba-tiba, terus-menerus dan hilang timbul.

b. Asesmen ulang

Reaksi seseorang terhadap rasa sakit dapat dievaluasi kembali melalui proses penilaian ulang. Semua pasien yang mengeluhkan nyeri dan telah menjalani evaluasi awal akan dievaluasi ulang. Evaluasi ulang secara teratur dilakukan sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan. Penilaian ulang dilakukan dengan membandingkan skala nyeri saat ini dengan sebelumnya. Setiap kali ada keluhan

nyeri yang baru, peningkatan intensitas nyeri, atau tidak efektifnya pereda nyeri setelah pemberian intervensi, maka perlu dilakukan evaluasi ulang terhadap nyeri tersebut. Dalam kebanyakan kasus, dianjurkan untuk mengevaluasi kembali tingkat nyeri setelah intervensi mencapai puncaknya. Jika mengevaluasi kembali tingkat nyeri setelah intervensi, maka harus mencari tanda-tanda penurunan intensitas nyeri, peningkatan kemampuan untuk menjalani kehidupan sehari-hari dengan manajemen nyeri yang tepat, dan apakah muncul suatu efek samping akibat pemberian terapi.

c. Asesmen lanjutan

Langkah selanjutnya dalam mengembangkan rencana manajemen nyeri adalah melakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi pasien, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti jenis, lokasi, tingkat keparahan, dan durasi nyeri. Jika berdasarkan data skrining dan penilaian ulang nyeri ditemukan bahwa nyeri belum teratasi dengan baik, maka evaluasi lebih lanjut akan dilakukan.

7. Penilaian dan Pengukuran Nyeri

Pengukuran jenis nyeri dapat berbeda. Pengukuran nyeri dapat didasarkan pada catatan klien sendiri (*self-report measure*), pada faktor eksternal (*observational measure*), atau pada respons fisiologis klien menurut: (Manurung, 2011).

a. Pengukuran nyeri berdasarkan catatan klien (*Self report measure*)

Self-report measure adalah pengukuran yang dilakukan dengan meminta individu untuk menilai sendiri rasa nyeri yang dirasakannya seperti, nyeri terasa

berat, sedang maupun ringan. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan alat ukur penilaian nyeri pada beberapa jenis skala metric, menggunakan buku skala harian untuk memperoleh informasi tentang nyerinya. Alat skala metrik dalam *self-report measure* adalah *Verbal Rating Scale* (VRS), *NRS (Numeric Rating Scale)*, *Verbal Descriptor Scale* (VDS), *Verbal Analog Scale* (VAS) dan alat ukur skala nyeri lainnya : pain drawing, McGill Pain Questioner, Diary. Berikut ini gambaran skala pengukuran metric:

1) *Verbal Rating Scale* (VRS)

Penilaian nyeri ini dimulai dari yang sama sekali tidak menyakitkan hingga yang sangat menyakitkan, kata sifat yang digunakan dalam penilaian *Visual Analog Scale* (VRS). Dalam kebanyakan kasus, VRS dinilai dengan memberikan setiap kata sifat pada nilai numerik yang sesuai dengan tingkat keparahan rasa sakit. Skala VRS yang menggunakan skala 0-4, tidak ada rasa sakit diwakili oleh nilai 0, rasa sakit ringan dengan nilai 1, rasa sakit sedang dengan nilai 2, rasa sakit yang kuat dengan nilai 3, dan rasa sakit yang sangat kuat dengan nilai 4. VRS memiliki beberapa kekurangan, seperti beberapa pasien tidak dapat memahami kata sifat yang digunakan untuk menggambarkan rasa sakit mereka atau tidak dapat mencocokkan kata sifat yang tepat dengan tingkat intensitasnya.

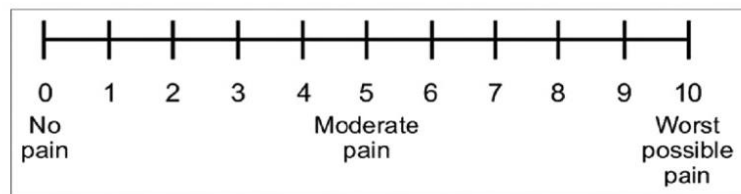
2) *Numeric Rating Scale* (NRS)

Pengukuran nyeri dengan skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Sebanding dengan *Visual Analog range* (VAS), *Numeric Rating Scale* (NRS) mengukur rasa sakit dengan rentang dari nol hingga sepuluh. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai,

nilai dimulai dari 0 (tidak ada rasa sakit) hingga 10 (rasa sakit terburuk yang dapat dibayangkan), skala NRS adalah skala numerik tunggal. Salah satu cara untuk menilai nyeri adalah dengan melihat nilai NRS. Nilai NRS dapat disampaikan secara verbal maupun dalam bentuk gambar. Tingkat nyeri pada Skala Penilaian Numerik (Numeric Rating Scale/NRS) berkisar dari sangat ringan (1-3), sedang (4-6), dan berat (7-10). Dibutuhkan waktu kurang dari satu menit dan sangat mudah untuk mendapatkan skor NRS (Pinzon, 2016).

Gambar 2. 1

Skala Nyeri *Numeric Rating Scale*

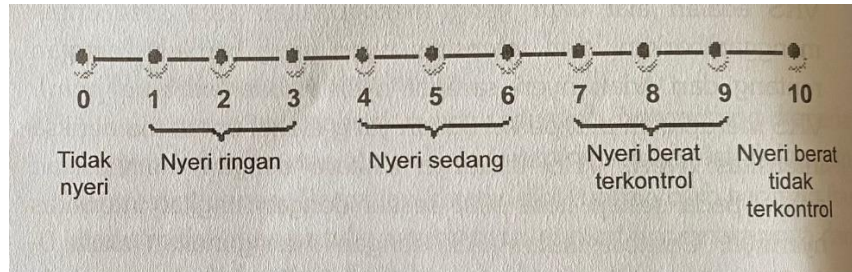


3) *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*) adalah sebuah garis yang berisi dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. Perawat menunjukan pada klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya. Perawat juga bertanya seberapa jauh terasa nyeri paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri yang tidak menyakitkan.

Gambar 2. 2

Skala nyeri menurut Bourbanis



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

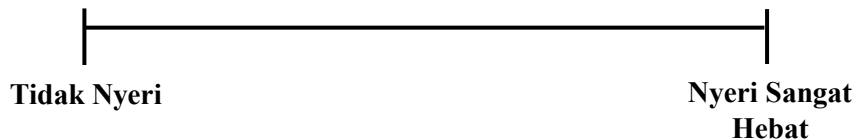
10 : Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

4) Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (VAS) adalah alat untuk mengukur rasa sakit; terdiri dari garis sepanjang 10-15 cm dengan dua titik akhir yang dilabeli dengan tingkat intensitas rasa sakit: tidak ada rasa sakit berada di ujung kiri dan rasa sakit yang parah berada di ujung kanan. Pasien diminta untuk memberikan tanda disepanjang

garis tersebut sesuai dengan level intensitas nyeri yang dirasakannya. Tingkat nyeri pasien kemudian diindikasikan dengan mengukur jarak dari batas kiri ke tanda yang pasien rasa nyeri dengan diberikan tanda dalam milimeter. Salah satu kekurangan dari pengukuran ini adalah bahwa grafik VAS bisa jadi sulit untuk ditafsirkan dan direspon oleh para lansia.

Gambar 2. 3
Skala Analog Visual

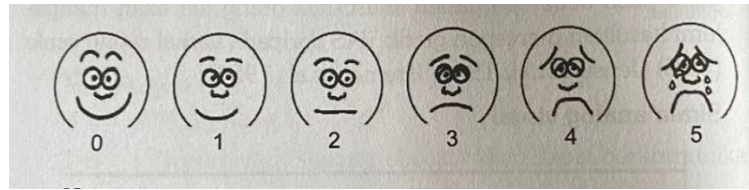


b. Pengukuran Nyeri dengan Observasi (Observational Measure)

Pengukuran nyeri dengan *observational measure* adalah metode lain dari pengukuran skala nyeri. Pengukuran ini berkaitan dengan mengobservasi perilaku pasien yang mengalami nyeri. Beberapa pengamatan tingkah laku terhadap respon nyeri misalnya menangis, meringis, perubahan fungsi ROM, menghindari percakapan. Pengamatan dilakukan sepanjang ibu mengalami nyeri. Perubahan respon tingkah laku ibu dicatat kemudian dikelompokkan nyeri yang dialami berada dalam rentang nyeri yang mana. Pengukuran ini dirasa kurang sensitive terhadap komponen subyektif yakni pengukuran nyeri berdasarkan pernyataan pasien dan pengukuran nyeri berdasarkan toleransi pasien terhadap nyeri. Perubahan tingkah laku dapat dilihat dari pengamatan menggunakan pengukuran *face pain scale* (pengukuran skala nyeri dengan melihat perubahan respon wajah).

Gambar 2. 4

Face Pain Rating Scale



Keterangan :

- 0 : tidak nyeri/gembira
- 1 : wajah masih tampak sedikit senyum, nyeri dapat ditoleran
- 2 : wajah tidak ada senyum, nyeri ringan sudah tidak dapat ditoleran
- 3 : wajah mengerut atau bermuka masam, nyeri sedang
- 4 : wajah mengerut, alis mata turut mengerut keatas, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat
- 5 : wajah dan alis mata semakin mengerut, air mata keluar/menangis, nyeri digambarkan sebagai nyeri hebat.

8. Manajemen Nyeri

a. Manajemen Farmakologi

Salah satu cara yang paling sering digunakan untuk mengatasi nyeri adalah dengan analgesik. Tiga kategori pereda nyeri berikut ini didefinisikan oleh (Andarmoyo, 2013) yaitu sebagai berikut:

1) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Nyeri akibat artritis reumatoid, perawatan gigi, operasi kecil, episiotomi, dan masalah punggung bawah adalah beberapa contoh nyeri ringan hingga sedang yang dapat diatasi dengan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS). NSAID

mengurangi transmisi dan penerimaan sinyal nyeri dengan bekerja pada reseptor di saraf tepi. Obat antiinflamasi nonsteroid non-narkotika (OAINS) mengurangi jumlah impuls nyeri yang diterima oleh sistem saraf pusat (SSP) dengan cara menurunkan produksi prostaglandin melalui mekanisme rantai asam asetat. NSAID menghambat aktivitas siklooksigenase dan menyebabkan efek yang disebabkan oleh penurunan sintesis berbagai prostanoid sehingga dapat mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri.

2) Analgesik narkotik atau opiate

Pemberian obat ini untuk nyeri sedang hingga berat, termasuk nyeri setelah pembedahan atau kanker, analgesik narkotika atau opiat sering diberikan dan digunakan. Sistem saraf pusat adalah target dari analgesik ini, yang memiliki efek penenang dan memberi energi. Untuk meringankan rasa sakit, obat ini bekerja dengan menstimulasi reseptor opioid dalam sistem saraf pusat. Baik di sistem saraf pusat maupun perifer, reseptor mu (μ) memfasilitasi aktivasi obat, yang dapat menghasilkan efek analgesik.

3) Obat tambahan (*Adjuvan*)

Pengobatan ini dilakukan untuk meningkatkan manajemen nyeri atau meringankan gejala terkait nyeri lainnya, termasuk mual dan muntah, digunakan obat penenang, anti-kecemasan, dan pelepas otot. Obat-obat ini diberikan secara tunggal atau dikombinasikan dengan analgesik. Efek samping yang mungkin terjadi dari obat-obatan ini termasuk kelesuan, gangguan koordinasi, depresi, dan penurunan ketajaman mental.

b. Manajemen Non-Farmakologi

Manajemen dalam hal menangani nyeri, tidak cukup hanya dengan menggunakan obat, pendekatan yang lebih efektif adalah dengan menggabungkan metode farmakologis dan non-farmakologis, yang disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan spesifik pasien. Seringkali, hasil terbaik diperoleh ketika intervensi ini dilaksanakan secara bersamaan. Beberapa kategori intervensi non-farmakologis dapat diklasifikasikan sebagai berikut menurut (Rejeki, 2020) yaitu:

1) Relaksasi

Strategi dalam manajemen nyeri non-farmakologis dapat dilakukan dengan relaksasi, relaksasi sejauh ini adalah yang paling populer. Pemberian relaksasi pernapasan dapat mengurangi rasa sakit dengan menurunkan intensitas reaksi terhadap rasa sakit dan sensasi rasa sakit itu sendiri. Oleh sebab itu, seseorang perlu mencari tempat yang tenang, menemukan posisi yang nyaman, fokus pada sesuatu yang bersifat visual, dan melepaskan ketegangan.

2) Terapi es dan panas

Menggunakan es sebagai pengobatan membantu mengurangi prostaglandin, yang merupakan mediator inflamasi dalam meningkatkan sensitivitas reseptor rasa sakit dan jaringan subkutan lainnya di sekitar lokasi cedera. Salah satu manfaat potensial dari pemberian panas adalah meningkatkan aliran darah dan dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan serta mempercepat proses penyembuhan. Penting untuk berhati-hati dan secara teratur mengamati pasien saat menggunakan terapi panas atau es untuk mencegah kerusakan kulit.

3) *Transcutaneous Electric Nerve Stimulation* (TENS)

Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) bekerja dengan memberikan sensasi kesemutan, bergetar, atau berdengung pada area yang sakit dengan menggunakan elektroda yang terhubung ke kulit dan ditenagai oleh baterai. Nyeri akut maupun kronis dapat diatasi dengan menggunakan TENS.

4) *Massage* (Pijatan)

Melakukan *massage* berarti memberikan sentuhan pada berbagai bagian kulit tubuh. Di antara banyak teknik pemijatan yang tersedia, beberapa contohnya meliputi: meremas otot-otot di bahu; menggunakan tekanan ringan hingga berat dengan tangan bergantian untuk memijat punggung; petriasi dengan menekan punggung secara horizontal kemudian pindah tangan dengan arah yang berlawanan; tekanan menyikat secara halus, tekan punggung dengan menggunakan ujung-ujung jari untuk mengakhiri pijatan.

5) Distraksi

Pengalihan perhatian pasien dengan dialihkan dari yang merasakan nyeri ke hal lain, merupakan proses potensial di balik pendekatan kognitif lainnya yang telah terbukti bermanfaat. Toleransi nyeri dan toleransi ketidaknyamanan seseorang akan meningkat sebanding dengan tingkat kesadaran dan perhatiannya terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tujuan pengkajian keperawatan adalah untuk membantu pasien dengan menyelidiki masalah kesehatan mereka secara metodis, akurat, komprehensif, dan berkesinambungan. Tahap pengkajian sebagai dasar utama dalam proses asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. Oleh sebab itu, pengkajian yang menyeluruh, akurat, lengkap dan berkesinambungan sangat dibutuhkan dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Kartikasari *et al.*, 2020).

a. Identitas

Pada penderita dengan indikasi sesarea dapat terjadi pada setiap umur kehamilan dan dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Keluhan Utama

Pada individu dengan pasca operasi keluhan utamanya yaitu klien mengeluh nyeri pada luka sekitar sayatan, badannya lemah, tidak berani melakukan pergerakan, dan rasa haus yang berlebihan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang, perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat tindakan operasi sebelumnya.

e. Riwayat Obsetri

Informasi berikut ini diperlukan untuk mempelajari riwayat obsetrik klien dengan letak lintang:

1) Keadaan haid

Menanyakan mengenai hari pertama haid terakhir, kapan menarche dalam siklus haid, durasi nyeri, apakah sebelum atau sesudah haid, apakah berbau, dan apakah darah yang keluar encer atau menggumpal. Hal ini dapat membantu mengetahui gambaran mengenai keadaan alat kandungan.

2) Perkawinan

Menanyakan berapa kali menikah dan sudah berapa lama hubungan pernikahan dengan suami yang sekarang.

3) Kehamilan

Riwayat kehamilan pada klien dengan partus bisa terdapat pada primi/multigravida.

4) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Menanyakan kelangsungan dari kehamilan, persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, proses persalinan dilakukan secara pervaginam atau dengan tindakan pembedahan, pada saat persalinan siapa yang menolong dan dimana proses melahirkannya, sehingga mendapat gambaran yang jelas mengenai riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu.

f. Pola Kebiasaan Sehari-Hari menurut Virgin Henderson

1) Respirasi

Komplikasi paling umum yang dapat terjadi setelah tindakan operasi sesarea yaitu adanya penyumbatan jalan napas, pernapasan yang tidak memadai, dan dapat terjadi henti napas.

2) Nutrisi

Pasca operasi, pasien diberikan infus untuk menambahkan nutrisi selama berpuasa. Setelah 6 jam, klien diberi minum secara bertahap, dan setelah 8 jam, klien diberi makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung diberi makan dan minum seperti biasa, bahkan dianjurkan untuk minum yang banyak.

3) Eliminasi

Meliputi frekuensi BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post sesarea, untuk BAK melalui dower cateter yang sebelumnya telah terpasang.

4) Istirahat/tidur

Pada klien dengan post seksio sesarea akan mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak nyaman pada uretra akibat terpasangnya dower cateter.

5) Mempertahankan temperature tubuh dan sirkulasi

Pada umumnya klien dengan post op seksio sesarea mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh $> 37,5^{\circ}\text{C}$.

6) Kebutuhan *personal hygiene*

Pasien dengan post seksio sesarea pada hari pertama dan kedua sebelum dilepaskannya kateter, klien memerlukan bantuan orang lain untuk membersihkan diri.

7) Aktivitas

Gangguan pola aktivitas dapat terjadi ketika klien mengalami ketidaknyamanan di area pembedahan, yang membuat mereka membatasi gerakan mereka.

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Aktivitas berkurang, tidak mampu berjalan akibat dari nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan berpakaian

Klien dengan pasca operasi seksio sesarea mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

10) Kebutuhan keamanan

Kebutuhan rasa aman ini perlu dipertanyakan apakah klien masih merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya. Klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.

11) Sosialisasi

Pada data social ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam kapasitas fisik untuk menentukan keputusan dalam beradaptasi pada lingkungan sekitarnya.

12) Kebutuhan spiritual

Selama masa nifas, klien yang menganut agama Islam tidak diizinkan untuk beribadah. Setelah melahirkan, darah seorang ibu terus mengalir keluar dari tubuhnya setidaknya selama 40 hari dan hingga 60 hari. Ini dikenal sebagai darah nifas.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan pasca operasi seksio sesarea biasanya tidak dapat memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena masih dalam kondisi yang lemah.

14) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : keadaan umum ibu post SC biasanya lemah

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah : Normal atau menurun $< 120/90$ mmHg

b) Nadi : Nadi meningkat > 80 x/menit

c) Suhu : Suhu normal atau meningkat $> 37.5^{\circ}\text{C}$

d) Respirasi : Respirasi normal atau meningkat > 20 x/menit

3) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Mempertimbangkan faktor-faktor seperti simetri atau asimetri wajah, kesehatan rambut, dan kondisi kulit kepala.

b) Wajah

Ada tidaknya edema, konjungtiva pucat atau merah, atau cloasma gravidarum.

c) Mata-Telinga-Hidung

Mengkaji semua bagian wajah, termasuk mata, hidung, telinga, mulut, dan gigi, diperiksa bentuk dan kesehatannya.

d) Leher

Keberadaan nodul tiroid, vena jugularis yang membengkak, atau tumor di leher harus diperhatikan.

e) Dada dan punggung

Memeriksa ronchi, mengi, napas tertunda, retraksi interkostal, simetri dada, dan napas yang tidak teratur atau cepat sangat penting. Apakah terdapat irama jantung yang abnormal.

f) Payudara/mammae

Apakah terdapat pengeluaran cairan kolostrum, apakah areola berwarna gelap, dan apakah puting susu menonjol atau tidak.

g) Abdomen

Mengkaji rasa sakit atau adanya perdarahan dari luka pasca operasi, memeriksa tinggi fundus uteri, mendengar suara bising usus dan apakah ada distensi abdomen.

h) Ekstremitas atas dan bawah

i. Ekstremitas atas

Ketika terpasangnya jalur intravena, pasien mungkin mengalami oedema, simetri, atau sianosis pada ujung jari.

ii. Ekstremitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya. Pada umumnya klien dengan pasca operasi sering tidak berani melakukan pergerakan pada kaki, adakah refleks patella, adakah tanda-tanda thrombosis vena.

i) Genetalia

Ada atau tidaknya pengeluaran lochea, warna, jumlah, dan baunya, serta ada atau tidaknya edema vulva, kelancaran posisi kateter, dan kebersihan klien setelah operasi merupakan pertimbangan penting. Darah sering kali tidak dibersihkan, sehingga membuat penampilan klien menjadi tidak bersih.

h. Analisa Data

Menurut (SDKI, 2017) analisa data dapat dilakukan dengan sebagai berikut :

- 1) Data dari hasil pengkajian yang didapatkan akan dibandingkan dengan nilai normal dan identifikasi tanda gejala yang bermakna
- 2) Tanda gejala yang bermakna tersebut nantinya akan dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar. Dalam proses pengelompokan data dapat dilakukan secara induktif dan deduktif

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

a. Definisi

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI 2017).

b. Faktor penyebab

Berikut ini adalah beberapa alasan mengapa terjadi kesulitan keperawatan nyeri akut menurut SDKI (2017) yaitu sebagai berikut :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimiar iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Data mayor minor

Data mayor dan minor nyeri akut menurut SDKI (2017) yaitu pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2. 1

Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Gejala & Tanda	Subjektif	Objektif
1	2	3
Mayor	Mengeluh nyeri	a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur

1	2	3
Minor	(Tidak tersedia)	a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaphoresis

Sumber : SDKI (2017)

Kondisi klinis terkait :

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu rangkaian dalam penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosis keperawatan (Suwignjo *et al.*, 2022).

Tabel 2. 2

Intervensi Keperawatan Nyeri Akut Pada Ibu Post Sectio Caesarea

Dx	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4
1	Setelah dilakukan asuhan keperawatan ...x.... jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetic <i>Terapeutik</i> 7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (<i>swedish massage</i>) 8. Fasilitas istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 9. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 10. Jelaskan strategi meredakan nyeri salah satunya dengan pemberian <i>swedish massage</i>	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pasien 2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3. Untuk mengetahui reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan pasien 4. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri yang dirasakan pasien 5. Memantau keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Memonitor efek samping dari pemberian analgetik <i>Terapeutik</i> 7. Agar nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang setelah pemberian terapi komplementer (<i>swedish massage</i>) 8. Untuk meningkatkan rasa kenyamanan bagi pasien

1	2	3	4
		<i>Kolaborasi</i>	<i>Edukasi</i>
	11. Kolaborasi analgetik	pemberian	9. Agar pasien memahami penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakannya 10. Agar pasien memahami strategi meredakan nyeri yang diberikan kepada pasien
			<i>Kolaborasi</i>
			11. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien
		Intervensi Pendukung Terapi Pemijatan (I. 08251)	Intervensi Pendukung Terapi Pemijatan (I. 08251)
		<i>Observasi</i>	<i>Observasi</i>
	1. Identifikasi kesediaan penerimaan dilakukan pemijatan	1. Untuk mengetahui kesediaan pasien dalam menerima pijatan yang akan diberikan	1. Untuk mengetahui kesediaan pasien dalam menerima pijatan yang akan diberikan
	2. Monitor respon terhadap pemijatan	2. Untuk mengetahui respon verbal dan non verbal pasien terhadap pijatan yang diberikan	2. Untuk mengetahui respon verbal dan non verbal pasien terhadap pijatan yang diberikan
		<i>Terapeutik</i>	<i>Terapeutik</i>
	3. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan	3. Agar pasien mengetahui jangka waktu yang efektif dalam pemberian terapi pemijatan	3. Agar pasien mengetahui jangka waktu yang efektif dalam pemberian terapi pemijatan
	4. Pilih area tubuh yang akan dipijat	4. Untuk mencegah pemberian pijatan pada daerah yang luka	4. Untuk mencegah pemberian pijatan pada daerah yang luka
	5. Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi	5. Agar pasien merasa nyaman dan aman selama pemberian terapi	5. Agar pasien merasa nyaman dan aman selama pemberian terapi
	6. Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan	6. Untuk memudahkan dalam proses pemijatan	6. Untuk memudahkan dalam proses pemijatan
	7. Tutup area yang tidak terpajan		
	8. Gunakan minyak untuk mengurangi gesekan		
	9. Lakukan pemijatan secara bertahap (<i>Swedish Massage</i> ;		

1	2	3	4
		<i>efflurage, petrissage, friction, tapotement dan vibration)</i>	12. Agar privasi pasien tetap terjaga
		<i>Edukasi</i>	13. Untuk melicinkan area permukaan yang akan diberikan pijatan
		10. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi	14. Memberikan pijatan sesuai dengan SOP yang telah disediakan
		11. Anjurkan rileks selama pemijatan	
			<i>Edukasi</i>
			15. Agar pasien mengetahui tujuan dan prosedur dari pemijatan yang akan diberikan
			16. Agar selama proses pemberian terapi pasien dapat merasakan efek dari pijatan yang diberikan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian aktivitas perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (SIKI, 2018)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Bustan & Purnama, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap eval dari proses pemberian asuhan keperawatan yang mengartikan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain. Evaluasi keperawatan menilai keberhasilan perawat yang telah mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan dan diberikan informasi terkait dengan adanya revisi tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan pasien setelah dievaluasi (Suwignjo *et al.*, 2022).

D. Konsep Dasar Terapi *Swedish Massage*

1. Pengertian

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan mencantumkan terapi komplementer, yang didefinisikan sebagai terapi tradisional yang dikombinasikan dengan pengobatan modern. Istilah "terapi komplementer" mengacu pada evolusi praktik medis yang lebih konvensional, beberapa di antaranya menggabungkan pendekatan komplementer, dengan tujuan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan di semua tingkatan (fisik, mental, dan spiritual) sesuai dengan prinsip-prinsip keperawatan, yang menganggap manusia sebagai satu kesatuan dengan dimensi bio, psiko, sosial, dan spiritual (Rufaida, Wardini Puji Lestari dan Sari, 2018).

Massage merupakan salah satu terapi komplementer yang berasal dari kata *massein* (Yunani) yaitu menggosok, diartikan menekan dengan lembut, berasal dari

bahasa Arab *mash*, dan menurut bahasa Perancis *masser* yang berarti mengeramasi. Catatan sejarah membuktikan bahwa *massage* merupakan bentuk pengobatan fisik paling tua yang diketahui oleh manusia. *Swedish massage* dipopulerkan oleh seorang dokter dari Belanda yaitu Johan Mezger (1839-1909), dengan menggunakan suatu sistem tekanan yang panjang dan halus sehingga membuat suatu pengalaman/rasa yang sangat relaks/santai. Terapi *Swedish massage* merupakan manipulasi pada jaringan tubuh dengan melakukan pemijatan menggunakan lima gerakan dasar meliputi *effleurage*, *petrisage*, *friction*, *tapotement* dan *vibration* (Tri Purnomo dan Woro, 2014).

2. Tujuan Terapi Swedish Massage

Swedish Massage bertujuan untuk melemaskan otot-otot yang tegang, melonggarkan persendian yang tegang, dan melancarkan aliran darah. Terapi *swedish massage* juga mampu menurunkan nyeri melalui system *Gate Control* dan stimulasi analgetik alami. Gerakan mengusap, memberikan tekanan lembut pada jaringan lunak tubuh seperti permukaan kulit dan vibrasi akan meningkatkan pelepasan serabut-serabut sensorik tipe A β besar yang berasal dari reseptor taktil di perifer, hal ini akan menekan penyaluran sinyal nyeri sebagai akibat dari inhibisi lateral setempat dalam medulla spinalis (Purwiyantiningtyas *et al.*, 2022).

3. Manfaat Terapi Swedish Massage

Terapi *Swedish Massage* memiliki banyak manfaat, termasuk sirkulasi darah yang lebih baik (terutama di pembuluh darah dan kelenjar getah bening), menghilangkan gumpalan asam laktat (yang terbentuk di sel-sel otot yang

mengeras), stimulasi jaringan saraf, dan rasa nyaman secara keseluruhan (kesegaran, revitalisasi, kehangatan). Manfaat lain yang diberikan yaitu dapat memberikan block pada transmisi nyeri, dan mengaktifkan endorphine atau senyawa penawar alamiah dalam sistem kontrol desenden sehingga membuat relaksasi otot dan nyeripun berkurang (Cahyati, 2018).

4. Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi dan kontraindikasi dalam melakukan pijatan menurut Rosramadhana et al., (2022) yaitu sebagai berikut :

a. Indikasi

- 1) Keadaan tubuh yang sangat lelah
- 2) Kelainan pada tubuh yang disebabkan karena pengaruh cuaca atau kerja terlalu berlebihan sehingga mengakibatkan otot menjadi kaku
- 3) Mengalami rasa nyeri

b. Kontraindikasi

- 1) Pasien dengan keadaan menderita penyakit menular
- 2) Pasien dalam keadaan menderita pengapuran pembuluh darah arteri
- 3) Terdampak penyakit kulit
- 4) Terdapat luka-luka baru atau cedera akibat berolahraga atau kecelakaan
- 5) Sedang menderita patah tulang, pada tempat pasca luka, pasca cedera, yang belum sembuh dengan baik serta pada daerah yang mengalami pembengkakan atau tumor yang diperkirakan sebagai kanker ganas atau tidak ganas

Menurut Dion et al (2011), menyatakan tidak ada kontraindikasi untuk pasien yang menerima pijitan, tetapi perawat tidak boleh memijit 2 inchi dari luka operasi. Kedalaman dan tekanan pijitan dari mulai ringan sampai sedang. *Swedish Massage* dapat dilakukan pada area kepala, leher, bahu, punggung, tangan atau kaki tergantung dengan keadaan pasien.

5. Fisiologis *Swedish Massage* Terhadap Nyeri

Massage merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Stimulasi kutaneus merupakan stimulasi kulit yang dilakukan dalam meredakan nyeri yang bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorphen, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri. Cara lainnya adalah dengan mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan cepat, sehingga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut saraf C dan A-delta berdiameter kecil sehingga menutup gerbang sinap untuk transmisi impuls nyeri. Sentuhan dan Massage adalah teknik integrasi sensori yang mempengaruhi aktifitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk relaks, maka akan muncul respon relaksasi. Massage dapat memberikan block pada transmisi nyeri, dan mengaktifkan endorphine atau senyawa penawar alamiah dalam sistem kontrol desenden dan membuat relaksasi otot sehingga nyeripun berkurang (Muliani, Suprapti dan Nurkhotimah, 2019).

6. Macam-Macam Gerakan *Swedish Massage* Pada Ibu Post Partum

Macam-macam gerakan dari pemberian terapi *swedish massage* menurut (Setiyani, 2017) yaitu sebagai berikut:

a. *Effleurage*

Efflurage adalah bentuk manipulasi dalam pijatan. Teknik *Efflurage* digunakan sebagai awalan dalam proses pemijatan dalam metode ini. Gerakan di mulai dari arah belakang ke arah depan kemudian memutar dengan arah yang benar dengan menggunakan telapak tangan dan bermanfaat untuk menenangkan saraf.

Gambar 2. 5

Teknik *Efflurage*



Sumber : (Shafi, 2023)

b. *Petrissage*

Petrissage adalah bentuk manipulasi tubuh yang melibatkan penekanan dan perasan. Untuk melakukan metode ini, harus mengikat kedua tangan dan menggunakan gerakan berirama dan bergelombang untuk menarik otot-otot dari jaringan dalam.

Gambar 2. 6

Teknik *Petrisage*



Sumber : (Shafi, 2023)

c. *Friction*

Friction merupakan teknik manipulasi dengan cara menekan kecil pada tubuh, teknik *friction* adalah gerakan memutar yang dilakukan menggunakan telapak dan ibu jari dengan cara memutar ke arah atas/ jantung.

Gambar 2. 7

Teknik *Friction*



Sumber : (Shafi, 2023)

d. *Tapotement*

Teknik *tapotement* adalah gerakan menepuk-nepuk bagian badan untuk menstimulasi jaringan otot. *Tappotement* merupakan teknik manipulasi dengan gerakan memukul area yang dimassase secara berirama dan terkontrol.

Gambar 2. 8

Teknik *Tapotement*



Sumber : (Shafi, 2023)

e. *Vibration*

Stimulasi saraf adalah salah satu dari sekian banyak aplikasi manipulasi *vibration*. Salah satu cara untuk memanipulasi *vibration* adalah dengan menggunakan ujung jari atau seluruh permukaan telapak tangan untuk memberikan *vibration*. Tidak boleh menggunakan tekanan yang berlebihan saat meletakkan telapak tangan secara penuh pada bagian tubuh yang bergerak. Relaksasi otot, pemanjangan jaringan, dan pengurangan ketegangan saraf adalah manfaat dari manipulasi *vibration*.

Gambar 2. 9

Teknik *Vibration*



Sumber : (Shafi, 2023)

7. Pengaruh Terapi *Swedish Massage* Terhadap Penurunan Nyeri

Swedish massage dapat mengurangi nyeri pasca operasi pada ibu post partum, hal tersebut dibuktikan dari penelitian Manggasa (2021), Sebelum intervensi, rata-rata skor nyeri pasca-SC pada kelompok pijat Swedia adalah 6,63, tetapi setelah intervensi skor tersebut turun menjadi 3,88. Dapat disimpulkan bahwa terapi pijat Swedia dapat membantu meminimalkan rasa sakit pasca operasi, karena analisis statistik yang menggunakan uji Wilcoxon menghasilkan nilai p kurang dari 0,001.

Penelitian oleh Cahyati (2018) juga membuktikan, bahwa hasil rata-rata skor nyeri sebelum diberikan massage sebesar 4,5 dengan SD = 1,179 dan setelah diberikan massage rata-rata skor nyeri responden sebesar 1,6 dengan SD = 1,578. Dari hasil pengujian dengan menggunakan uji t-dependen didapatkan hasil signifikan dengan nilai $p = 0,000$ ($p \text{ value} < \alpha = 0,05$) dengan rata-rata penurunan skor nyeri sebesar 2,9 poin yaitu dari 4,5 menjadi 1,6. Dari semua hasil pengujian tersebut menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor nyeri setelah pemberian terapi *Swedish massage*. Stimulasi kulit dengan cara *Swedish massage* pada jaringan otot dapat mengurangi tingkat nyeri, karena pijatan yang diberikan dapat menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf besar yang berada pada permukaan kulit, serabut saraf ini akan tertekan, impuls nyeri kemudian dihambat sehingga otak tidak dapat mempersepsikan nyeri.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan bahwa pemijatan yang diberikan dapat memblokir nyeri pada saraf terhadap transfer rasa sakit. Mekanisme yang dapat menggambarkan efek massage pada nyeri sesuai dengan teori *gate control of pain*, massage mampu mengurangi persepsi nyeri dengan menstimulasi serabut saraf.

Massage mampu meningkatkan hormon endorphen dan mengurangi hormon kortisol sehingga meningkatkan relaksasi dan nyeri dapat berkurang.

8. Standar Operasional Prosedur Terapi *Swedish Massage*

Pengertian	<i>Swedish massage</i> salah satu teknik pijat dengan sentuhan lembut dimulai dari tungkai atas, tungkai bawah, dan badan
Tujuan	Tujuan dari <i>swedish massage</i> yaitu untuk meningkatkan aliran darah, mengurangi ketegangan otot, meningkatkan kelenturan otot dan persendian, serta mengurangi rasa nyeri
Peralatan	Persiapan Alat: 1. Minyak/body lotion 2. Handuk 3. Perlak
Pelaksanaan	A. Tahap Pra-Interaksi Persiapan pasien dan lingkungan 1. Cek catatan keperawatan 2. Siapkan peralatan 3. Cuci tangan 4. Kaji tanda-tanda vital 5. Kaji faktor risiko pada klien (integritas kulit, keterbatasan mobilisasi) 6. Jaga privacy lingkungan pasien 7. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman
	B. Tahap Orientasi 1. Berikan salam 2. Panggil pasien dengan namanya 3. Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada pasien dan keluarga
	1. Tahap Kerja 2. Dekatkan alat-alat dengan klien 3. Jaga privacy pasien

	4. Mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan 5. Balurkan minyak/body lotion ke daerah yang akan di massage Teknik dalam Tindakan <i>Swedish Massage</i> : 1. <i>Effleurage</i> Gerakan di mulai dari arah belakang ke arah depan kemudian memutar dengan arah yang benar dengan menggunakan telapak tangan. 2. <i>Petrissage</i> <i>Petrissage</i> dimulai dengan cara meremas dan menekan tubuh dengan menggunakan satu tangan atau kedua tangan dengan gerakan bergelombang, berirama, tidak putus-putus dan terikat satu sama lain. 3. <i>Friction</i> Teknik manipulasi dengan cara gerakan memutar yang dilakukan menggunakan telapak dan ibu jari dengan cara memutar ke arah atas/ jantung 4. <i>Tapotement</i> Teknik <i>tapotement</i> adalah gerakan menepuk-nepuk bagian badan untuk menstimulasi jaringan otot. 5. <i>Vibration</i> Pelaksanaan manipulasi <i>vibration</i> yaitu dengan memberikan getaran dengan mempergunakan ujung jari-jari atau seluruh permukaan telapak tangan. (Purwindari, 2017)
	C. Tahap Terminasi 1. Akhiri prosedur dengan komunikasi terapeutik 2. Evaluasi perasaan pasien 3. Evaluasi hasil tindakan 4. Cuci tangan setelah tindakan 5. Dokumentasi hasil tindakan