

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Seksio Sesarea

1. Definisi seksio sesarea

Seksio Sesarea merupakan proses persalinan melalui pembedahan. Pembedahan dilakukan dengan melakukan sayatan pada bagian abdomen dan uterus. Tujuan persalinan Seksio Sesarea adalah untuk mempertahankan kesejahteraan ibu dan janin (Napisah, 2022).

Proses persalinan menggunakan metode Seksio Sesarea merupakan persalinan buatan dimana janin akan dikeluarkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim. Persalinan dengan metode ini memiliki syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan berat janin mencapai 500 gram. Proses persalinan seksio sesarea dilakukan dengan membuat sayatan pada dinding uterus yang masih utuh untuk mengeluarkan bayi dari dalam rahim ibu (Rizki et al., 2024).

2. Jenis – jenis seksio sesarea

Jenis-jenis seksio sesarea Terdapat beberapa jenis tindakan Seksio Sesarea yaitu (Juliathi et al., 2020) :

a. Seksio Sesarea klasik

Seksio Sesarea klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira - kira sepanjang 10cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. Seksio sesarea transperitonel profunda

Seksio sesarea transperitonel profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen rahim bawah. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. Seksio sesarea histerektomi

Seksio Sesarea histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan seksio sesarea, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

d. Seksio sesarea ekstrapitoneal

Seksio sesarea ekstrapitoneal, yaitu seksio sesarea berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan seksio sesarea. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapitoneum.

3. Indikasi seksio sesarea

a. Umur beresiko

Umur merupakan salah satu indikasi dari persalinan seksio sesarea. Usia wanita saat hamil yang berisiko tinggi adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Wanita yang sedang hamil pada umur muda (< 20 tahun) dari segi biologis perkembangan alat-alat reproduksinya belum sepenuhnya optimal. Dari segi psikis belum matang dalam menghadapi tuntutan beban moral, dan emosional. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun, elastisitas dari otot-otot panggul dan sekitarnya serta alat-alat reproduksi pada umumnya mengalami kemunduran,

kadang terdapat penyakit degenerasi seperti hipertensi yang dapat berkembang kearah pre eklamsi, juga wanita pada usia ini besar kemungkinan akan mengalami kelelahan jika dilakukan persalinan normal.

b. Riwayat seksio sesarea

Seorang ibu yang persalinan pertamanya melalui tindakan bedah sesarea maka pada kelahiran berikutnya akan dilakukan tindakan bedah cesar kembali, namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada persalinan berikutnya.

c. Partus tak maju

Partus tidak maju atau gagal maju (*failure to progress*) merupakan berhentinya pembukaan. Hal tersebut dapat mengakibatkan kelelahan pada ibu, dehidrasi bahkan dapat mengakibatkan syok.

d. Posdate (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir)

Kehamilan postdate merupakan kondisi kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir).

e. Induksi gagal

Induksi gagal diartikan sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan seksio sesarea.

f. Kelainan ketuban

Ketuban pecah dini merupakan suatu kejadian dimana ketuban pecah sebelum proses persalinan berlangsung, yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan dalam rahim. Ketika air ketuban habis maka

pada keadaan tersebut janin harus segera dilahirkan karena dikhawatirkan mengalami fetal distress yang dapat mengancam janin.

g. Penyakit ibu (PER, PEB/eklamsi, Asma, Anemia)

Seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi, preeklamsi/eklamsi, penyakit jantung, diabetes melitus (DM) tipe II, HIV/AIDS, malaria termasuk dalam kategori ibu risiko tinggi yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janin di dalam kandungan.

h. Gawat janin

Gawat janin merupakan salah satu penyebab dilakukannya persalinan section caesaria. Gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160 kali/menit atau dibawah 100 kali/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. Keadaan tersebut menyebabkan janin harus segera dilahirkan. Selain itu kelainan letak juga menjadi penyebab dilakukan persalinan section caesaria.

i. Indikasi sosial

Indikasi sosial berdasarkan APS (atas permintaan sendiri) hal ini biasanya dilakukan atas permintaan pasien sendiri berdasarkan rasa cemas dan takut untuk melakukan persalinan pervaginam. (Safitri, 2020)

4. Kontraindikasi

Adapun kontraindikasi untuk dilakukan tindakan secti caesarea yaitu menurut (Gerald, 2020) :

- a. Janin mati
- b. Shock
- c. Anemia berat

- d. Kelainan kongenital berat 5eksi piogenik pada dinding abdomen
- e. Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi seksio sesarea

5. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantaun janin
- b. Pemantauan EKG
- c. JDL dengan diferensial
- d. Elektrolit
- e. Hemoglobin/Hematokrit
- f. Golongan darah
- g. Urinalis
- h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- j. Ultrasound

B. Masalah Nyeri Akut Pada Pasien dengan Post Seksio Sesarea

1. Pengertian nyeri post seksio sesarea

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Renhoran, 2023)

Definisi nyeri menurut (IASP, 2020) merupakan “Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial,” dan diperluas dengan

penambahan enam Catatan kunci dan etimologi kata nyeri untuk konteks lebih berharga.

Nyeri post seksio sesarea disebabkan adanya insisi dan jaringan yang rusak. Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya (Primantika et al., 2023). Tindakan seksio sesarea dapat mengakibatkan timbulnya rasa nyeri yang memengaruhi aktivitas motorik dan emosional sebagai respons terhadap kerusakan jaringan yang melibatkan saraf sensorik. Nyeri dirasakan oleh 88,2% ibu post seksio sesarea dengan skala ringan (1- 3) 58,8%, skala sedang (4-6) 35,3%, dan skala berat (7-10) 5,9%. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah operasi dan akan menurun pada hari ke-3 (Emilia et al., n.d.).

2. Data mayor dan minor nyeri akut

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) Data mayor dan minor masalah keperawatan nyeri akut adalah:

a. Data mayor

1) Subjektif

Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Data minor

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola nafas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu
 - e) Menarik diri
 - f) Berfokus pada diri sendiri
 - g) Diaforesis

3. Faktor penyebab nyeri akut

Faktor penyebab Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018), faktor penyebab masalah keperawatan nyeri akut adalah:

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma. Latihan fisik berlebihan).

4. Penatalaksanaan nyeri akut

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2018) intervensi untuk mengatasi nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgetic. Manajemen nyeri untuk mengurangi intensitas nyeri pada ibu post seksio sesarea yaitu dengan cara farmakologi maupun dengan non farmakologi (Oktapia *et al.*, 2022).

- a. Secara farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan obat-obat untuk mengurangi nyeri.

b. Non farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan :

- a) Stimulasi dan masase kutaneus.
- b) Terapi es
- c) *Trancutaneous electric nerve stimulation (TENS)*
- d) Distraksi
- e) Teknik relaksasi
- f) Hipnosis

5. Pengukuran intensitas nyeri

a. Skala intensitas nyeri numerik (NRS = *Numeric Rating Scale*)

Skala numerik (*Numeric Rating Scale*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Skala 0 = “tidak nyeri”, Skala 1-3 = “nyeri ringan”, secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu. Skala 4-6 = “nyeri sedang”, secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri, klien dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsive terhadap tindakan manual. Skala 7-9 = “nyeri berat”, secara objektif terkadang klien dapat mengikuti perintah tapi masih responsif terhadap tindakan manual, dapat menunjukkan lokasi nyeri tetapi tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang, destruksi dll. Skala 10 = “nyeri sangat

berat (panik tidak terkontrol)”, secara objektif klien tidak mau berkomunikasi dengan baik, berteriak dan histeris, klien tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik apa saja yang tergapai, dan tak dapat menunjukkan lokasi nyeri.

b. Skala peringkat nyeri wajah (*faces pain ratingsScale*)

Digunakan untuk mengkaji pada anak usia 3 tahun. Skala ini terdiri dari wajah kartun yang direntang dari wajah tersenyum untuk ”tidak ada nyeri ” sampai wajah menangis untuk ”nyeri paling buruk ”.

Jelaskan pada anak bahwa setiap wajah adalah untuk anak yang merasa senang karena tidak ada nyeri atau sedih karena mengalami nyeri yang banyak atau sedikit.

Keterangan:

Wajah 0 = sangat senang karena tidak ada nyeri

Wajah 1 = nyeri yang sangat sedikit

Wajah 2 = nyeri yang sedikit lebih banyak

Wajah 3 = nyeri lebih banyak

Wajah 4 = sangat nyeri

Wajah 5 = nyeri sangat berat yang bisa dirasakan meskipun tidak harus menangis untuk mengalami rasa nyeri ini.

c. Skala deskriptif verbal (VDS = *Verbal Descriptive Scale*)

Skala deskriptif verbal (*Verbal Descriptive Scale*) merupakan salah satu alat ukur tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Skala descriptive verbal ini merupakan sebuah garis yang terdiri dari beberapa kalimat pendeskripsi yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Kalimat pendeskripsi ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat. Perawat menunjukkan skala tersebut

pada klien dan meminta untuk menunjukkan intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan.

d. Durasi (*time*)

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan "kapan nyeri mulai dirasakan? ", "apakah nyeri" dirasakan pada waktu yang sama tiap hari? ", "seberapa sering nyeri kambuh? " atau dengan kata-kata lain yang semakna (Sahadun, 2018).

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Post Seksio Sesarea

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Muttaqin, 2020). Menurut (Sari, 2020), data pengkajian meliputi :

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Riwayat kesehatan

Pada umumnya ibu dengan post seksio sesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi seksio sesarea.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit konis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

4) Riwayat obstetri

Meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GAPA (Gravida, Aterm, Premature, Abortus, Hidup), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

5) Riwayat kontrasepsi

Yang perlu dikaji padariwayat kontrasepsi adalah ibu pernah ikut program kontrasepsi atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

6) Pola kesehatan fungsional

a) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada umumnya terjadi peningkatan nafsu makan pada pasien karena adanya keinginan untuk menyusui bayinya.

b) Pola aktifitas

Aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

c) Pola eliminasi

Pada pasien post seksio sesarea sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

d) Istirahat dan tidur

Pada pasien post seksio sesarea terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

e) Pola sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

f) Pola status mental

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi pasien, proses berpikir, kemauan atau motivasi, serta persepsi pasien.

g) Pola Reproduksi dan Sosial

Adanya perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

7) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi.

b) Mata

Meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan.

c) Hidung

Meliputi tulang hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, ada perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

d) Telinga

Meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

e) Leher

Meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis.

f) Dada

(1) Jantung: bunyi jantung regular atau ireguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan.

(2) Paru-paru: bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan regular, frekuensi nafas.

g) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 postpartum, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

h) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya Diastasis Rectus Abdominis yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectae ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

i) Genitalia

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

j) Anus

Pemeriksaan anus untuk mengetahui terdapat hemoroid atau tidak.

k) Integumen

Meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi.

l) Ekstremitas

Meliputi pemeriksaan : varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Dinarti et al., 2017). Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang dibuat oleh perawat profesional yang memberi gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien, baik aktual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian (Hidayah, 2019). Berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), masalah yang mungkin muncul nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, luka post operasi seksio sesarea. Peneggakan diagnosa keperawatan melalui tahap-tahap, yaitu :

a. Analisa data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya fikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan. Analisis data dimulai dari pengelompokan data yang diperoleh dari anamnesa,

pengamatan dan pemeriksaan fisik lalu hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (kondisi normal), sehingga dapat diketahui permasalahan kesehatan yang dialami pasien dan dapat dirumuskan masalah kesehatan. Saat melakukan analisis data untuk perumusan diagnosa keperawatan diperlukan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori, sehingga mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat (Hasina *et al.*, 2023). Adapun hasil analisa data yang menjadi acuan penegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berupa :

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a. Mengeluh nyeri

Objektif

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : -

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola nafas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Menarik diri
- e. Berfokus pada diri sendiri
- f. Diaforesis

Patofisiologis terjadinya nyeri dimulai dari rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan seksio sesarea terjadi akibat adanya torehan jaringan yang

mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, sehingga nyeri terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Jika hal tersebut tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek yang berbahaya yang dapat mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis pasien (Marcillo, 2022).

b. Rumusan diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), masalah yang muncul pada pasien post seksio sesarea adalah nyeri akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri tampak meringis bersifat protektif (misalnya. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Hidayah, 2019).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya pijat endorfin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil	Intervensi
		Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
		Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik

5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan atau implementasi adalah realisasi dari rencana tindakan dengan tujuan untuk mencapai apa yang telah ditetapkan. Implementasi merupakan tahap dimana perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan (intervensi keperawatan) untuk membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan (Hidayah, 2019). Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi keperawatan (Pangkey, Ballsy.C.A, 2021).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan secara terus menerus untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Hidayah, 2019). Berdasarkan Pangkey, Ballsy.C.A, (2021), evaluasi Keperawatan merupakan fase terakhir dari dokumentasi keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan sesuai dengan format subjektif, objektif, analisis, perencanaan lanjutan (SOAP).

D. Konsep Pijat Endorfin

1. Pengertian pijat endorfin

Endorfin berasal dari kata endogenous dan morphine, molekul protein yang diproduksi sel-sel dari sistem saraf dan beberapa bagian tubuh ini bekerja bersama dengan reseptor sedatif yang berguna untuk mengurangi stress dan menghilangkan rasa sakit. Endorfin diproduksi di kelenjar pituitari dan hipotalamus di otak. Kelenjar ini adalah bagian dari sistem endokrin dan bertugas melepaskan endorfin ke seluruh tubuh melalui sistem saraf (Gossman, 2023).

Secara keseluruhan ada kurang lebih dua puluh jenis hormon kebahagiaan. Meskipun cara kerja dan dampaknya berbeda – beda, namun efek farmakologisnya sama. Di antara begitu banyak hormon kebahagiaan, beta–endorfin paling berkhasiat, kerjanya lima atau enam kali lebih kuat dibandingkan dengan obat bius. Endorfin dapat diproduksi tubuh secara alami saat tubuh melakukan aktivitas seperti meditasi, pernapasan dalam, makan makanan pedas, dan akupunktur (Alya, 2023).

Pijat endorfin merupakan sebuah terapi sentuhan atau pijatan ringan yang merangsang tubuh melepaskan senyawa endorfin. Pijat endorfin ini sangat bermanfaat karena dapat memberikan kenyamanan, rasa rileks dan juga ketenangan sehingga nyeri dapat berkurang (Sulistyawati, 2018).

Constance Palinsky dari Michigan yang banyak meneliti mengenai manajemen nyeri, tergerak menggunakan pijat endorfin untuk mengurangi atau meringankan rasa sakit pada ibu yang akan melahirkan. Selanjutnya, ia menciptakan pijat endorfin, sebuah teknik sentuhan dan pemijatan ringan yang dapat menormalkan denyut jantung dan tekanan darah, serta meningkatkan kondisi

rileks dalam tubuh ibu hamil dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit (Damayanti, 2023).

2. Cara kerja pijat endorfin

Teori sentuhan ringan adalah tentang otot polos yang berada di bawah permukaan kulit atau yang disebut pilus elektor bereaksi melewati kontraksi ketika dirangsang. Saat hal ini terjadi, otot menarik rambut yang ada di permukaan yang menegang dan menyebabkan bulu kuduk berdiri. Berdirinya bulu kuduk ini, membantu terbentuknya hormon endorfin yang menenangkan dan relaksasi (Alya, 2023).

3. Indikasi dan kontraindikasi pijat endorfin

a. Indikasi pijat endorfin

Indikasi dilakukannya pijat endorfin yaitu pada orang yang sedang mengalami stress dan nyeri seperti ibu post seksio sesarea atau pasca persalinan. Pada kondisi ini, massage dapat mendorong lepasnya hormon endorfin dan oksitosin yang dapat memicu kontraksi

b. Kontraindikasi pijat endorfin

Terdapat kontra indikasi dilakukan endorfin massage yaitu:

- 1) Adanya bengkak atau tumor
- 2) Hematoma atau memar
- 3) Suhu panas pada kulit, dan adanya penyakit kulit.

4. Manfaat pijat endorfin

Pijat endorfin bermanfaat dalam memberikan kenyamanan, ketenangan, rileks, dan mengurangi ketegangan. Manfaat pijat endorfin, endorfin dikenal sebagai zat yang banyak manfaatnya. Beberapa diantaranya adalah mengatur

produksi hormon pertumbuhan dan seks, mengendalikan rasa nyeri serta rasa sakit yang menetap, mengendalikan perasaan stress, serta meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Munculnya endorfin dalam tubuh dapat dipicu melalui berbagai kegiatan, seperti pernafasan yang dalam dan relaksasi, makanan pedas, atau menjalani akupuntur, pengobatan alternatif serta meditasi (Purnamasari et al., 2019).

Endorfin dipercaya mampu menghasilkan 4 kunci bagi tubuh dan pikiran, yaitu meningkatkan sistem kekebalan tubuh atau imunitas, mengurangi rasa sakit, mengurangi stress, dan memperlambat proses penuaan. Para ilmuwan juga menemukan bahwa beta endorfin dapat mengaktifkan NK (*Natural Killer*) cells tubuh manusia dan mendorong sistem kekebalan tubuh melawan sel-sel kanker. Teknik pijat endorfin ini dipakai untuk mengurangi perasaan tidak nyaman dan meningkatkan relaksasi yang memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit (Alya, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pijat endorfin terhadap tingkat nyeri pada ibu post partum dengan riwayat persalinan tindakan seksio sesarea di RSUD Sungai Dareh kabupaten Dharmasraya tahun 2022 dapat di ambil kesimpulan bahwa Ada pengaruh pijat endorfin terhadap intensitas nyeri pada ibu post partum dengan riwayat persalinan tindakan seksio sesarea . Dimana didapatkan hasil skala nyeri pada ibu post partum dengan Riwayat persalinan Tindakan seksio sesarea sebelum di berikan pijat endorfin menunjukkan bahwa 90 % responden eksperimen mempunyai keluhan nyeri berat dan sesudah di berikan pijat endorfin menunjukkan bahwa 50% responden eksperimen mengalami nyeri ringan (Astuti et al., 2023).

5. Cara melakukan pijat endorfin

Menurut Alya (2023), cara melakukan pijat endorfin:

- a. Anjurkan pasien untuk mengambil posisi senyaman mungkin, bisa dilakukan dengan duduk, atau berbaring miring.
- b. Anjurkan pasien untuk bernafas dalam sambil memejamkan mata dengan lembut untuk beberapa saat. Setelah itu, mulai mengelus permukaan bagian luar lengannya, Belaian ini sangat lembut dan dilakukan dengan jari-jemari atau ujung-ujung jari.
- c. Setelah kira-kira 5 menit, berpindah ke lengan yang lain. Walaupun sentuhan ringan ini dilakukan di kedua lengannya, pasien merasakan dampaknya sangat menenangkan di sekujur tubuhnya. Teknik ini juga bisa diterapkan di bagian tubuh yang lain termasuk telapak tangan, leher, bahu, dan paha.
- d. Teknik sentuhan ringan ini juga sangat efektif jika dilakukan di bagian punggung. Caranya:
 - 1) Anjurkan pasien untuk berbaring miring atau duduk. Dimulai dari leher, dipijat ringan membentuk huruf V ke arah luar menuju sisi tulang rusuk pasien. Pijatan-pijatan ini terus turunkan ke bawah dan ke belakang. yaitu pada thorakal 10 sampai lumbal 1. Tindakan dilakukan selama 5 menit dan anjurkan pasien untuk rileks dan merasakan sensasinya
 - 2) Jika untuk memperkuat efek pijatan lembut dan ringan ini dapat dilakukan dengan kata-kata yang menenangkan pasien. Misalnya sambil memijat lembut bisa mengatakan, “saat aku membelai lenganmu, biarkan tubuhmu menjadi lemas dan santai,” atau “saat kamu merasakan setiap belaianku, bayangkan

endorfin-endorfin yang menghilangkan rasa sakit dilepaskan dan mengalir ke seluruh tubuhmu.”