

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Masalah Utama**

##### 1. Konsep Nyeri

###### a. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang kurang menyenangkan dimana seseorang akan merasakan perasaan yang kurang nyaman disebabkan oleh kerusakan jaringan. Sedangkan post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan dimulai saat pasien dipindahkan keruang pemulihan dan berakhir sampai pemeriksaan selanjutnya. Nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan oleh tindakan operasi), tarikan atau regangan pada organ tubuh maupun penyakitnya seperti kanker, gangguan tulang belakang. Persentase pasien yang mengalami rasa sakit yang parah setelah operasi sulit untuk ditentukan, namun diperkirakan berada pada kisaran 20% - 40% (Suwondo et al., 2017).

Nyeri mempengaruhi banyak aspek penting dalam kehidupan pasien termasuk tidur, toleransi latihan, ADL, aktivitas sosial, fungsi seksual dan status pekerjaan. Beberapa kamus mendefinisikan nyeri sebagai “sensasi yang tidak menyenangkan”, terjadi dalam beberapa tingkat keparahan sebagai akibat dari cedera, penyakit atau gangguan emosi.

Menurut Horald Merskey (1995) seorang ahli psikiater, nyeri merupakan rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi untuk rusak atau juga dapat tergambar seperti adanya kerusakan jaringan.

Nyeri merupakan fenomena multidimensional sehingga sulit untuk didefinisikan. Nyeri merupakan pengalaman personal dan bersifat subjektif, dimana tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dengan pola yang sama atau identik. Nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jaringan yang merupakan tanda peringatan. *International Association for the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi medis nyeri sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan dan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial atau dapat digambarkan sebagai kerusakan yang sama. Margo McCaffery, mendefinisikan nyeri sebagai segala sesuatu yang dikatakan oleh individu yang merasakan nyeri ketika individu tersebut mengatakan ada. Berdasarkan beberapa pengertian nyeri diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa nyeri merupakan respon dari tubuh akibat adanya kerusakan jaringan, dimana nyeri ini bersifat subjektif.

Nyeri adalah sensasi subjektif rasa yang tidak nyaman yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial. Ketika suatu jaringan mengalami cedera atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin dan substansi P yang akan mengakibatkan respon nyeri. Nyeri juga dapat disebabkan oleh stimulus mekanik seperti pembengkakan jaringan yang menekan pada reseptor nyeri (Potter & Perry, 2009).

#### b. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Suwondo et al., 2017) nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik dimana penjelasannya adalah sebagai berikut:

### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan respon biologis yang normal terjadi pada seseorang dimana nyeri tersebut merupakan sinyal adanya kerusakan jaringan misalnya nyeri pasca operasi dan nyeri pasca trauma muskuloskeletal. Nyeri akut biasanya berlangsung kurang dari 3 bulan. Biasanya disebabkan oleh aktivasi nosiseptor dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri akut tergolong dalam nyeri yang dianggap memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi yang biasanya akan menghilang jika luka telah sembuh. Nyeri akut biasanya bersifat *reversible* atau bisa dikontrol menggunakan pengobatan yang adekuat. Individu yang mengalami nyeri akut biasanya tidak akan mengalami traumatis karena sifat nyeri yang terbatas, seperti nyeri pasca persalinan, ketika nyeri reda individu akan kembali ke status sebelum mengalami nyeri. Namun nyeri akut memiliki banyak efek yang tidak diinginkan pada pasien diluar ketidaknyamanan pengalaman sensorik itu sendiri, seperti depresi, gangguan tidur, kehilangan produktivitas ditempat kerja, respon stress metabolik dan peningkatan aktivitas simpatis. Nyeri akut mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi, seperti:

- (a) Peningkatan atau penurunan tekanan darah
- (b) Takikardi
- (c) Diaphoresis
- (d) Takipnea
- (e) Fokus pada nyeri
- (f) Melindungi bagian yang nyeri

Respon kardiovaskuler dan pernafasan merupakan akibat dari stimulasi system saraf simpatis sebagai bagian dari respon *fight or flight*. Respon ini seringkali diinterpretasikan sebagai

bukti positif nyeri seseorang. Interpretasi seperti ini tidak reliable karena respon simpatis ini bersifat sementara dan mungkin tidak terlihat pada klien yang mengalami nyeri akut secara kontinu. Nyeri akut yang tidak terkontrol memiliki efek pada aktivitas pasien seperti aktivitas makan, minum, ambulasi dan keluar dari rumah sakit. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu status nyeri kronis.

## 2) Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri seperti ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Nyeri kronik dapat dimulai sebagai nyeri akut atau penyebabnya dapat sangat tersembunyi sehingga individu tersebut tidak mengetahui secara pasti kapan nyeri tersebut pertama kali muncul. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun, bukan menit atau jam.

Dalam praktek klinis nyeri kronik dibagi menjadi dua tipe yaitu nyeri kronik tipe maligna (nyeri kanker) dan nyeri kronik tipe non maligna (arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala dan nyeri punggung kronik). Klien dengan nyeri kronis mungkin mengalami nyeri yang bersifat lokal atau menyebar serta terasa saat disentuh, beberapa terasa nyeri dititik yang dapat di prediksi, namun hanya disertai sedikit temuan fisik. Individu yang mengalami nyeri kronik biasanya mengeluhkan perasaan lemah, gangguan tidur dan keterbatasan fungsi.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Black & Hawks (2014) terdapat beberapa faktor-faktor yang memengaruhi nyeri yaitu:

1) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri, karena nyeri tersebut kita yang merasakan dan kita yang menginterpretasikannya. Persepsi nyeri antara individu satu dengan yang lain akan berbeda, karena kapasitas seseorang dalam menyikapi tingkat nyeri berbeda-beda. Persepsi tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, namun dapat juga berasal dari stimulus fisik dan faktor psikologis dapat mempengaruhi pengalaman kita terhadap nyeri.

Beberapa ahli setuju bahwa faktor-faktor yang memengaruhi persepsi nyeri seseorang adalah kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, arti dibalik situasi saat terjadinya cedera. Fungsi kognitif seperti distraksi juga memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu pada nyeri, untuk memahami toleransi pada nyeri, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri merupakan intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi tergantung pada faktor fisiologis (seperti inflamasi atau cedera didekat reseptor nyeri). Toleransi nyeri merupakan durasi atau intensitas nyeri yang dapat ditahan oleh individu. Toleransi tiap individu berbeda-beda, beberapa individu memiliki toleransi yang tinggi terhadap nyeri dengan kata lain mereka dapat mentoleransi nyeri tanpa disertai stress. Sebaliknya terdapat individu yang memiliki toleransi yang rendah terhadap nyeri. Faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi toleransi nyeri

seseorang diantaranya mual, kelemahan, kemampuan koping, input sensori dan modifikasi genetik.

Aspek lain yang dapat memengaruhi persepsi individu terhadap nyeri adalah pengalaman masa lalu dengan nyeri, harapan terkait pengalaman baru terhadap nyeri mungkin didasari oleh pengalaman nyeri sebelumnya.

#### 2) Sosisobudaya

Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respon individu terhadap nyeri. Individu dari budaya yang berbeda memiliki cara yang berbeda dalam menghadapi nyeri.

#### 3) Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri yang dialami oleh seseorang. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal-hal tersebut mengindikasikan diagnosa yang buruk. Nyeri juga berarti kelemahan, kegagalan atau kehilangan control bagi orang dewasa.

#### 4) Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Dibeberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan dengan wanita. Hal ini bukan berarti bahwa pria tidak merasakan nyeri, hanya saja pria jarang memperlihatkan hal tersebut.

#### 5) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang dapat memengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, maka individu mungkin akan dapat menginterpretasikan arti nyeri dan

bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Namun jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis yang dapat mempengaruhi respon nyeri, seperti rasa ketakutan dan kecemasan yang akan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negative maka nyeri yang dirasakan akan semakin intens dibandingkan dengan nyeri yang dirasakan disituasi dengan hasil yang positif.

6) Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami oleh individu juga mungkin dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering dikaitkan dengan pengertian atas nyeri, jika penyebab nyeri tidak diketahui maka ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

7) Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri

Pengalaman seseorang terhadap nyeri mempengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negative dengan nyeri di masa lalu dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya. Bukan berarti semakin sering mengalami nyeri, semakin terbiasa dengan nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya membuat seseorang mengadopsi mekanisme coping yang bisa digunakan pada episode nyeri berikutnya.

8) Harapan

Harapan klien mempengaruhi persepsi terhadap nyeri dan efektifitas intervensi untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Tingkat keparahan nyeri yang dialami, selain kualitas emosional dan kognitif yang dihasilkan oleh pengalaman,

dipengaruhi juga oleh harapan klien. Harapan positif menghasilkan hasil yang positif, sedangkan harapan negative cenderung akan menghasilkan hasil yang negative. Dengan kata lain keyakinan seseorang terhadap nyeri dapat mempengaruhi derajat turun naiknya nyeri yang dirasakan.

#### 9) Lingkungan dan individu

Lingkungan secara umum memberikan pengaruh seperti lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas tinggi di lingkungan tersebut. Secara individu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat (Dewi Nurhanifah, 2022).

Menurut PAMI (2016) *Pain Assesment and Management Initiative* (PAMI) terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi respon seseorang terhadap nyeri yaitu:

- Usia
- Jenis kelamin
- Sosioekonomi dan factor psikis
- Suku atau budaya dan agama
- Genetik
- Pengalaman sebelumnya
- Persepsi

#### d. Intensitas nyeri

Terdapat beberapa metode yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Keluhan nyeri merupakan keluhan yang bersifat subjektif sehingga hanya dapat dibandingkan dengan keluhan nyeri sendiri dalam sebuah periode waktu, dengan kata lain



keluhan nyeri seseorang tidak dapat dibandingkan dengan keluhan nyeri yang disampaikan oleh individu lainnya. Skala nyeri yang sering dimanfaatkan untuk melaporkan tingkatan nyeri yang dialami pasien yaitu:

1) *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

VDS atau skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga bagian disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangkai dari “tidak terasa nyeri” hingga “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien dengan skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri yang ia rasakan (Rinjani, 2020).



**Gambar 2.1 *Verbal Descriptor Scale***

*Sumber:* (Potter, P.A., & Perry, 2010)

2) *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale cocok untuk digunakan pada pasien dewasa dan anak-anak dengan usia >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan nyeri menggunakan angka (Suwondo et al., 2017). Caranya yaitu dengan menunjuk 1 wajah yang terdapat dalam gambar untuk menggambarkan intensitas nyeri. Minta klien memilih wajah untuk mencerminkan nyeri yang dirasakan dan catat angka yang tepat (Potter, P.A., & Perry, 2010)



**Gambar 2.2 Wong Baker Face Rating Scale**

*Sumber:* (Lawson et al., 2021)

### 3) *Numeric Rating Scale (NRS)*

NRS atau skala numeric dianggap lebih sederhana dan mudah untuk dimengerti. Biasanya NRS lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Merdekawati et al., 2019).



**Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)**

*Sumber:* (Potter, P.A., & Perry, 2010) dan (Pinzon, 2016)

Keterangan:

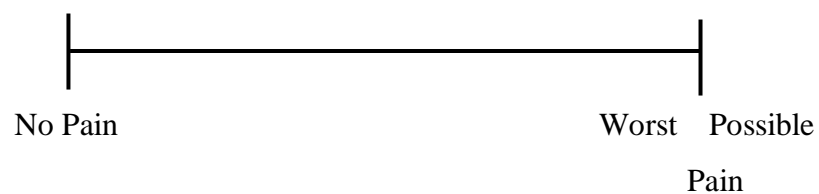
Nilai 0	Tidak nyeri
Nilai 1-3	Nyeri ringan
Nilai 4-6	Nyeri sedang
Nilai 7-10	Nyeri berat

### 4) *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala VAS merupakan metode pengukuran skala linier yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami oleh seorang pasien, menilai nyeri dengan skala kontinu terdiri dari garis horizontal, pengukuran dilakukan dengan menganjurkan klien untuk memberikan tanda pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri klien dirasakan. Kemudian

diinterpretasikan dengan penggaris (Merdekawati et al., 2019).

Manfaat utama VAS adalah penggunaannya yang mudah dan sederhana, namun pada kondisi pasien kurang kooperatif misalnya nyeri yang sangat berat atau periode pasca bedah, VAS seringkali sulit dinilai karena koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi pasien terganggu. VAS pada umumnya digunakan pada anak usia > 8 tahun dan dewasa. Skala ini banyak digunakan untuk mengukur tingkat nyeri kanker dan nyeri non kanker untuk menilai nyeri dan bagaimana dampaknya pada kehidupan pasien (Suwondo et al., 2017).



**Gambar 2.4 Visual Analog Scale**  
 Sumber : (Potter, P.A., & Perry, 2010)

## 2. Konsep *Sectio Caesaria*

### a. Definisi *Sectio Caesaria* (SC)

*Caesaria* atau bedah sesar atau dikenal pula dengan *sesarean seksio* (disingkat c-seksio) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan, yang mana irisan dilakukan diperut ibu dan rahim untuk mengeluarkan bayi. Istilah *Sesarea* ini masih belum jelas, tetapi diperkirakan diambil dari kata kerja bahasa Latin, *credere* yang artinya “membedah” dan dari hukum Romawi dari istilah *lex sesareaea*, yakni prosedur yang perlu dilakukan pada ibu hamil yang meninggal untuk menyelamatkan nyawa sang bayi (Akmal M dkk, 2016).

Bedah sesar dilakukan ketika proses persalinan normal melalui

vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah prosedur persalinan dengan pembedahan dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, anak, anastesi dan bidan (Akmal M dkk, 2016).

*Sectio caesaria* adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam kondisi utuh dan bobot janin diatas 500 gram (Solehati,2015; Restianti 2017).

b. Jenis – jenis *Sectio Caesaria*

Menurut Akmal M (2016) *sectio caesaria* dapat diklasifikasikan seperti berikut ini:

1. *Sectio caesaria* Klasik, yaitu dengan melakukan sayatan vertical sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Jalan ini sudah sangat jarang
2. dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
3. *Sectio caesaria* dengan sayatan mendatar pada bagian atas dari kandung kemih. Metode ini sangat umum dilakukan sekarang karena meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan fase penyembuhan luka yang cepat.
4. *Sectio caesaria* Histerektomi, yaitu bedah *Caesar* yang diikuti dengan pengangkatan Rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus ketika perdarahan sulit ditangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari Rahim.
5. *Sectio caesaria* Ekstraperitoneal, yaitu prosedur pembedahan dengan pengangkatan Rahim, indung telur dan saluran tuba fallopi (saluran telur).
6. *Sectio caesaria* berulang, yaitu pembedahan *caesaria* yang dilakukan ketika pasien sebelumnya telah pernah menjalani bedah *caesaria*.

c. Indikasi *Sectio Caesaria*

Beberapa indikasi dilakukannya tindakan operasi *sectio caesaria* secara garis besar digolongkan menjadi 3 indikasi (Maryunani A, 2016), yaitu:

1) Indikasi mutlak

a) Indikasi ibu

- (1) Panggul sempit absolute (CPD)
- (2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulus
- (3) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- (4) *Stenosis serviks* atau vagina
- (5) Plasenta previa
- (6) Distribusi frekuensi *sefalo pervik*
- (7) Ruptur uteri membakat

b) Indikasi janin

- (1) Malpresentasi janin
- (2) Gawat janin
- (3) Prolaps plasenta
- (4) Perkembangan bayi yang terhambat
- (5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia.

2) Indikasi relative

- a) Riwayat *sectio caesaria* sebelumnya
- b) Presentasi bokong
- c) Distosia
- d) Gawat Janin/ fetal distress
- e) Preeklamsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- g) *Gemelli* (hamil ganda)

menurut Eastman, *sectio caesaria* dianjurkan: Bila janin pertama letak lintang, presentasi bahu. Bila terjadi

interlock: distosia oleh karena tumor: *IUFD (Intra Uterine Fetal)* atau kematian janin dalam kandungan.

- 3) Indikasi sosial
  - a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya
  - b) Wanita yang ingin seksio sesarea elektif karena selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul
  - c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada pada tubuhnya atau
  - d) Sexuality image setelah melahirkan.
- d. Komplikasi Kelahiran *Sectio Caesaria*

Beberapa komplikasi yang terjadi pada seksio sesarea (Maryunani A,2016) yaitu:

- 1) *Sectio caesaria* adalah operasi vaskuler dan hilangnya darah umumnya antara 500 dan 1000 ml.
- 2) Perdarahan meningkat harus diantisipasi dalam kasus plasenta previa, kehamilan ganda dimana mungkin ada gangguan refraksi dari plasenta
- 3) Pasien dapat dengan cepat menjadi syok, untuk mengurangi perdarahan yang banyak dilakukan penjahitan sumber perdarahan tersebut.
- 4) Namun, jika penjahitan itu gagal, mungkin perlu tindakan histerektomi.

Dehisensi dan eviserasi:

- 1) Dehisensi berarti terbukanya lapisan kulit subkutan dan fascia pada luka jahitan operasi
- 2) Pada eviserasi, peritoneum ikut terbuka sehingga omentum dan organ intra abdomen dalam terlihat dari luar
- 3) Dehisensi mengakibatkan infeksi, memperpanjang masa rawat inap dan dapat menyebabkan hernia insisional

- 4) Dehisensi dan eviserasi umumnya terjadi dalam 2 minggu pasca operasi dengan onset dalam 24 jam pertama.
- 5) Diagnosis dibuat berdasarkan gambaran klinis yang meliputi terlihatnya luka yang membuka, keluarnya cairan serosanguinus dalam jumlah banyak dari luka jahitan operasi disertai dengan tanda- tanda radang akut.

Gastrointestinal (mual dan muntah pasca operasi):

- 1) Sakit gangguan pada fungsi gastrointestinal tidak berbahaya.
- 2) Hal ini terjadi sebagai akibat dari anestesi, obat-obatan perioperatif, dan operasi itu sendiri
- 3) Umumnya pasien akan merasa mual, yang kadang disertai dengan muntah selama 12 pasca operasi
- 4) Dokumentasikan tindakan dalam bentuk SOAP

e. Dampak Post Operasi *Sectio Caesaria*

Terdapat beberapa dampak yang ditimbulkan setelah pasien menjalani tindakan operasi *sectio caesaria* yaitu nyeri akut. Nyeri akut yang dirasakan oleh pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari (Mubarak et al., 2015):

1) Tanda dan gejala fisik

Tanda-tanda fisiologis dapat mengindikasikan nyeri pada pasien yang berusaha untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanannya. Penting untuk mengevaluasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik, termasuk observasi keterlibatan otonom. Pada awal nyeri akut, detak jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan meningkat.

2) Dampak perilaku

Pasien dengan nyeri menunjukkan ekspresi wajah yang khas dan gerakan tubuh serta respons vokal dan mengalami interaksi sosial yang terganggu. Pasien sering meringis, mengerutkan dahi, menggigit bibir, agitasi, kedinginan, otot tegang, melakukan gerakan menutupi bagian tubuh untuk

menghindari bicara, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas, tindakan penghilang rasa sakit.

3) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien dengan nyeri sehari-hari cenderung tidak berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti kesulitan menerapkan tindakan kebersihan rutin dan dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual

f. Patofisiologi *Sectio Caesaria*

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan. Misalnya plasenta pervia sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

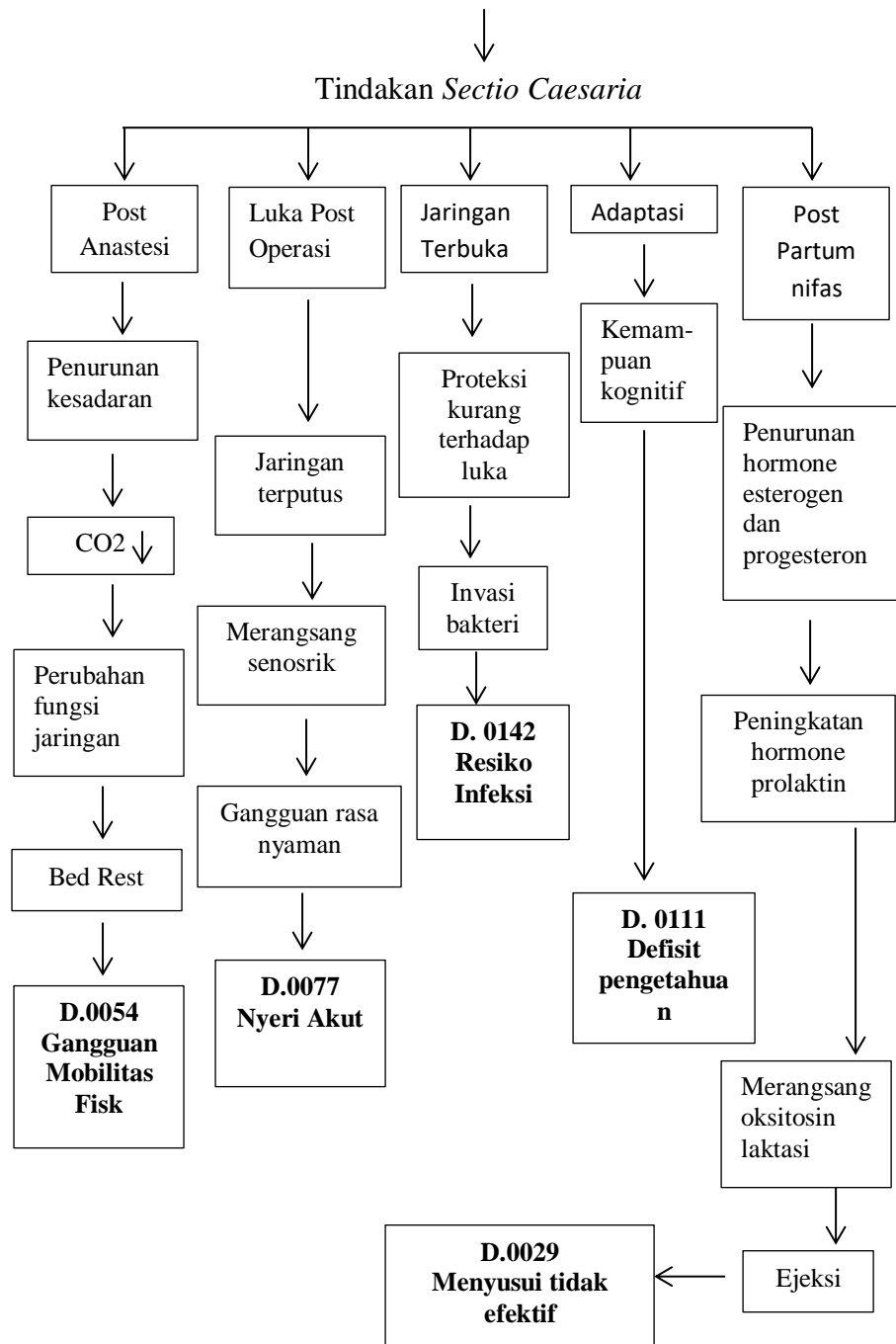
Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

Masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi *sectio caesaria* adalah sebagai berikut:



### Pathway

Faktor ibu, primigravida, kelainan letak, *disproporsi sefalo pervi*, persalinan yang buruk, riwayat SC sebelumnya



**Gambar 2.5 Pathway**  
Sumber : (Mustami, 2023)

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al., 2019 dalam Achmad Ulul Azmi, 2022).

#### a. Identitas

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

#### b. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering dirasakan saat dilakukan pengkajian awal, klien akan merasakan nyeri pada area abdomen, nyeri yang dirasakan hilang timbul dan akan semakin buruk jika terdapat aktivitas yang dilakukan.

#### c. Riwayat kesehatan

##### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST :

P :Paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q :Qualitas/Kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R :Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S :Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T : Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

##### 2) Riwayat kesehatan dahulu

Dilakukan untuk mengetahui apakah pasien pernah menjalani tindakan operasi *Caesar* sebelumnya ataupun penyakit lainnya yang mengharuskan pasien rawat inap.

### 3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah dalam anggota keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes mellitus dan sebagainya atau terdapat anggota keluarga yang pernah menjalani operasi Caesar sebelumnya.

#### d. Pola keseharian

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

#### e. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien meliputi tingkat kesadaran, penampilan secara umum, ekspresi wajah saat dilakukan pengkajian dan tanda-tanda vital. Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat linea nigra hingga *strechmarch*. Setelah dilakukan pembedahan akan ditemukan luka sayatan dan terdapat bekas jahitan. Palpasi pada abdomen teraba lunak, adanya nyeri pada luka operasi. (Achmad Ulul Azmi, 2022)

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosis keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Dari studi kasus di atas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

#### a. Nyeri akut (D.0077)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) 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.

Penyebabnya yaitu agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen , amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia). Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu , menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma.

b. Gangguan mobilitas fisik (D. 0054)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebabnya yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, keterbatasan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuscular, indeks massa tubuh diatas 75%, nyeri, kurang terpapar informasi, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

Gejala dan tanda mayor, subjektif mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, objektif kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Sedangkan gejala dan tanda minor, subjektif

nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

c. Resiko infeksi (D.0142)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Adapun faktor resiko yaitu penyakit kronis (misal diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi ph, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis yang terkait adalah aids, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker gagal ginjal, immunosupresi, lymphedema, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri Akut (D.0077)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik,

tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu:

Intervensi utama:

Manajemen nyeri ( I.08238).

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Monitor efek samping penggunaan analgesik.

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. nafas dalam, *massage*, kompres hangat)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

### Pemberian Analgesik ( I.08243 )

- 1) Observasi
  - a) Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, dan durasi)
  - b) Identifikasi riwayat alergi obat
  - c) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, narkotika, non-narkotika atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
  - d) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic
  - e) Monitor efektifitas analgesik
- 2) Terapeutik
  - a) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, *jika perlu*
  - b) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
  - c) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien
  - d) Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
- 4) Kolaborasi
  - a) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, *sesuai indikasi*

Intervensi pendukung:

Terapi Pemijatan ( I. 08251 )

1) Observasi

- a) Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (mis. penurunan trombosit, gangguan integritas kulit, area lesi, kemerahan atau radang, tumor dan hipersensitivitas).
- b) Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan
- c) Monitor respon terhadap pemijatan

2) Terapeutik

- a) Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan
- b) Pilih area tubuh yang akan dipijat
- c) Cuci tangan dengan air hangat
- d) Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman dan privasi
- e) Buka area yang akan dilakukan pemijatan, sesuai kebutuhan
- f) Tutup area yang tidak terpajan (mis. dengan selimut, handuk dan seprei)
- g) Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan ( perhatikan kontraindikasi penggunaan lotion atau minyak tertentu pada tiap individu)
- h) Lakukan pemijatan secara perlahan
- i) Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur terapi
- b) Anjurkan rileks selama prosedur tindakan
- c) Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) menyatakan gangguan mobilitas fisik yaitu mobilitas fisik (L.05042) diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria



hasil, pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) menyatakan bahwa intervensi gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi (I. 05173) yaitu:

- 1) Observasi
  - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
  - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
  - d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik
  - a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
  - b) Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
  - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
  - b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur)
  - d) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstreme

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2019) menyatakan resiko infeksi yaitu tingkat infeksi (L.14137), diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu

makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, periode menggigil menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) menyatakan bahwa intervensi resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Observasi
  - a) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.
- 2) Terapeutik
  - a) Batasi jumlah pengunjung
  - b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema
  - c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
  - d) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - b) Ajarkan cara memeriksa luka
  - c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
  - d) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- 4) Kolaborasi
  - a) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibilitas, sebelum dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi

rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga. Tahap ke-2 berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan dan tahap ke-3 yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan (Anisyah, 2020).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir di proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berlangsung dan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berakhir. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat di modifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan. (Mauludia, 2022)

### C. Konsep Intervensi Sesuai *Evidence Based Nurse Practis (EBNP)*

#### 1. Definisi *Massage Efflurage*

*Effleurage Massage* adalah sebuah teknik pijatan dengan melakukan penekanan menggunakan telapak tangan terhadap jaringan lunak, umumnya otot atau ligamen. Tujuan *Effleurage Massage* yaitu menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi dan memperlancar sirkulasi peredaran darah. Teknik ini dilakukan tanpa menimbulkan perubahan posisi bagian atau jaringan yang di massage. Teknik *Effleurage* dilakukan dengan gerakan-gerakan dasar seperti gerakan memutar yang dilakukan telapak tangan, gerakan menekan dan mendorong ke depan dan ke belakang, gerakan menepuk, memotong, meremas, dan meliuk (Nanda et al., 2019)

## 2. Tujuan *Massage Efflurage*

Tujuan *massage effleurage* yaitu menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan memperlancar sirkulasi peredaran darah.

## 3. Teknik *Massage Efflurage*

*Massage effleurage* adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relative ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik, maka mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik kembali ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut. Teknik *massage efflurage* dapat meningkatkan sirkulasi keseluruhan tubuh, peningkatan pertukaran darah memberikan lebih banyak oksigen dan nutrisi ke dalam sel. Oksigen dan nutrisi membantu memperbaiki sel dan jaringan yang rusak serta meningkatkan penyembuhan. *Massage effleurage* banyak digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pada ibu bersalin Kala I, selain itu teknik *massage efflurage* juga dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi, nyeri pasca cedera dan pasca operasi. Bagian tubuh yang umumnya dilakukan tindakan *massage efflurage* adalah lengan, punggung atas, punggung bawah dan paha (puspitasari, 2020).

## 4. Manfaat *Massage Efflurage*

Manfaat *massage effleurage* menurut Zuraida & Missi (2020), meliputi:

- a. Menghangatkan otot perut.
- b. Menurunkan tingkat nyeri.
- c. Melancarkan sirkulasi peredaran darah.

- d. Meningkatkan relaksasi fisik dan mental.
- e. Mengurangi ketegangan syaraf.

5. Indikasi dan kontraindikasi *Massage Efflurage*

a. Indikasi

Menurut (Alimah, 2012) indikasi dari *massage effleurage* adalah sebagai berikut:

- 1) Kelelahan yang sangat
- 2) Otot kaku, lengket, tebal dan nyeri
- 3) Gangguan atau ketegangan saraf
- 4) Kelayuhan atau kelemahan otot

b. Kontra indikasi

Kontraindikasi dari *massage effleurage* adalah sebagai berikut (Alimah, 2012):

- 1) Cidera yang bersifat akut
- 2) Demam
- 3) Edema
- 4) Penyakit kulit
- 5) Pengapuran pembuluh darah arteri
- 6) Luka bakar
- 7) Patah tulang (fraktur)

6. Efek *Massage Efflurage*

Menurut Wijanarko dan Riyadi (2010), ada beberapa efek *massage* yaitu:

a. Efek terhadap peredaran darah dan lymphe

*Massage effleurage* menimbulkan efek memperlancar peredaran darah. Manipulasi yang dikerjakan dengan gerakan atau menuju kearah jantung, secara mekanis akan membantu mendorong pengaliran darah dalam pembuluh vena menuju ke jantung. *Massage* juga membantu pengaliran cairan limphe menjadi lebih cepat, ini berarti membantu penyerapan sisa-sisa pembakaran yang tidak digunakan lagi.

b. Efek terhadap otot

*Massage effleurage* memberikan efek mempercepat proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada di dalam jaringan otot yang dapat menimbulkan kelelahan. Dengan manipulasi yang memberikan penekanan kepada jaringan otot maka darah yang ada di dalam jaringan otot, yang mengandung zat-zat sisa pembakaran yang tidak diperlukan lagi terlepas keluar dari jaringan otot dan masuk ke dalam pembuluh vena. Kemudian saat penekanan kendor maka darah yang mengandung bahan bakar baru mengalirkan bahan tersebut ke jaringan, sehingga kelelahan dapat dikurangi.

Selain itu *massage* juga memberi efek bagi otot yang mengalami ketegangan atau pemendekan karena *massage* pada otot berfungsi mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme, merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsang yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan.

c. Efek terhadap kulit

*Massage effleurage* memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan.

d. Efek terhadap saraf

Sistem saraf perifer adalah bagian dari sistem saraf yang di dalam sarafnya terdiri dari sel-sel saraf motorik yang terletak di luar otak dan susmsum tulang belakang. Sel-sel sistem saraf sensorik mengirimkan informasi ke sistem saraf pusat dari organ-organ internal atau dari rangsangan eksternal. Sel sistem saraf motorik tersebut membawa informasi dari sistem saraf pusat (SSP) ke organ, otot, dan kelenjar. Sistem saraf perifer dibagi menjadi dua cabang yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom.

Sistem saraf somatic terutama merupakan sistem saraf motorik, yang semua sistem saraf ke otot, sedangkan sistem saraf otonom adalah sistem saraf yang mewakili persarafan motorik dari otot polos, otot jantung dan sel-sel kelenjar. Sistem otonom ini terdiri dari dua komponen fisiologis dan anatomis yang berbeda, yang saling bertentangan yaitu sistem saraf simpatik dan parasimpatik, dapat melancarkan sistem saraf dan meningkatkan kinerja saraf sehingga tubuh dapat lebih baik.

e. Efek *massage* terhadap nyeri

Menurut Alimul (2009), prosedur tindakan *massage* dengan teknik *effleurage* efektif dilakukan 10 menit untuk mengurangi nyeri. Stimulasi *massage effleurage* dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphen yang merupakan pereda sakit alami dan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sinap sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak di hambat. Selain itu teori gate control mengatakan bahwa *massage effleurage* mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A – beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta A berdiameter kecil (Fatmawati, 2017).

Sejauh ini *massage effleurage* telah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. *Massage effleurage* dapat mengurangi nyeri selama 10-15 menit. *Massage effleurage* membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan, lebih bebas dari rasa sakit. seperti penelitian Fatmawati (2017), dengan judul efektifitas *massage effleurage* terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara, dalam penelitian ini di dapatkan hasil bahwa nyeri persalinan sebelum *massage effleurage* nyeri sedang sedangkan setelah *massage effleurage* menjadi nyeri ringan, hal ini berarti

*massage effleurage* efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara.

#### 7. SOP (Standar Operasional Prosedur) *Massage Efflurage*

Dalam menurunkan tingkat nyeri menggunakan teknik non farmakologi *massage effleurage* diperlukan suatu standar prosedur atau tata cara dalam melakukan *massage effleurage* agar tindakan ini dapat dilakukan dengan tepat dan efektif.

### D. Jurnal Terkait

**Table 2. 1 Jurnal Terkait**

No	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	<p>Pengaruh Massage Effleurage Terhadap Penurunan Nyeri Dismenore Primer pada Remaja Putri di IAI Agus Salim Metro Lampung (Septika Yani Veronica Fia Oliana, 2022)</p> <p>Journal of Current Health Sciences, 2022;1(1): 19-24 DOI: 1047679/jchs.202232 <a href="https://doi.org/10.47679/jchs.202232">https://doi.org/10.47679/jchs.202232</a> URL: <a href="https://doi.org/10.47679/jchs.202232">https://doi.org/10.47679/jchs.202232</a></p>	<p>D: <i>quasy eksperiment</i> dengan pre test -post test with control group design. S: mahasiswa IAI agus Salim metro lampung jurusan agama islam V: <i>massage efflurage</i> I : pre-test dan post-test A: -</p>	<p>Rata-rata intensitas nyeridismenore primer pada remaja putri sebelum diberi <i>massage effleurage</i> adalah 3,81. Rata-rata intensitas nyeri dismenore primer pada remaja putri sesudah diberi <i>massage effleurage</i> adalah 1,76. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 (P value = 0,000) maka dapat disimpulkan ada pengaruh <i>massage effleurage</i> terhadap penurunan skala nyeri dismenore primer pada remaja putri IAI Agus Salim Metro Lampung.</p>
2.	<p>Effect of effleurage massage versus warm application on shoulder pain among postoperative women with gynecological laparoscopic surgery (Ibrahim, Hanan Ibrahim Ali, Wesam Kamal, 2020)</p>	<p>D: Uji klinis komparatif terkontrol non-acak S: Sampel yang digunakan sebanyak 80 wanita yang tersedia pada saat pengumpulan data V: <i>efflurage massage</i>,</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa intensitas nyeri bahu signifikan secara statistik sebelum dan sesudah intervensi kelompok pijat dan aplikasi hangat (p =</p>



	<p>Journal of Nursing Education and Practice Vol. 10. No. 4 DOI: 10.5430/jnep.v10n4p51 URL: <a href="https://doi.org/10.5430/jnep.v10n4p51">https://doi.org/10.5430/jnep.v10n4p51</a></p>	<p><i>shoulder pain</i> I : Skala analog visual (VAS), Versi modifikasi dari Johansson Pain-ometer (JPOM). A: Chi-Square Test</p>	<p>0,000). Hal ini juga signifikan secara statistik antara kedua kelompok setelah intervensi (<math>p = 0,000</math>), dimana sebagian besar kelompok pijat effleurage (70%) tidak merasakan nyeri, dibandingkan dengan hanya 25% dari kelompok pijat effleurage yang tidak mengalami nyeri. grup aplikasi hangat.</p>
3.	<p>Effect of effleurage massage therapy on sleep disturbance, fatigue, pain, and anxiety in patients with multiple sclerosis</p> <p>(Samia Gaballa PhD, Dalia Salah El-Deen PhD, Mona Ibrahim Hebeshy PhD, 2023)</p> <p>Elsevier Volume 73, October 2023, 151719 URL: <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151719">https://doi.org/10.1016/j.apnr.2023.151719</a></p>	<p>D: Quasi-experimental study, kelompok kontrol dan intervensi S: Enam puluh pasien wanita dewasa dengan 30 pasien pada kelompok kontrol dan 30 pasien pada kelompok intervensi. Kelompok intervensi V: efflurage massage, leep disturbance, fatigue, pain, and anxiety in patients with multiple sclerosis I : lembar data demografi dan medis pasien, Indeks Keparahan Insomnia, Skala Dampak Kelelahan yang Dimodifikasi, Skala Penilaian Nyeri Numerik (NRS) dan Inventarisasi Kecemasan Beck A: -</p>	<p>Peningkatan yang signifikan diamati pada nyeri, tidur, kelelahan, dan kecemasan pada kelompok pijat (<math>P &lt; 0,001</math>). Berdasarkan penelitian saat ini, intervensi pijat Effleurage untuk pasien MS mungkin memiliki nilai klinis untuk memperbaiki gangguan tidur, meredakan nyeri, kelelahan, dan mengurangi kecemasan. Perawat Mesir dapat mengintegrasikan terapi pijat ke dalam asuhan keperawatan rutin pasien MS. Pijat effleurage bisa menjadi modalitas pengobatan tambahan untuk pasien MS; namun, diperlukan penelitian yang lebih signifikan.</p>
4.	<p>The effectiveness of hand massage, foot massage and combination on pain intensity of post section caesaria.</p> <p>(Eva Yunitasar, Irna Nursanti</p>	<p>D: <i>quasi-experimental study with non-randomized control group pretest-posttest design.</i> S: pasien post operasi sectio caesaria sebanyak 17</p>	<p>Terdapat perbedaan intensitas nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah dengan <math>p</math>-value 0,0005. perbedaan berarti tangan pijat 1,058; pijat kaki</p>

	<p>dan Giri Widakdo, 2018)</p> <p>IMPACT: International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences (IMPACT: IJRANSS) ISSN (P): 2347-4580; ISSN (E): 2321-8851 Vol. 6, Issue 9, Sep 2018, 39-50</p>	<p>responden . V: <i>hand massage, foot massage</i> I : pre-test dan post-test A: -</p>	<p>0,882; dan kombinasi pijat tangan dan kaki - 0,882. Disarankan tangan itu pijat lebih efektif dalam mengurangi intensitas nyeri pada pasien pasca operasi dibandingkan dengan dua kelompok lainnya. Pijat tangan dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam mengalihkan nyeri pada pasca operasi caesar pasien selain pijat kaki dan kelompok kombinasi.</p>
5.	<p>Pengaruh Massage Effleurage dan Aromatherapy Peppermint terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea dengan Riwayat Eklampsia ( Dian Eka Putri, Sri Andar Puji Astuti, Sukmawati Sukmawati, Rindika Seftia Handini, 2023)</p> <p>Universitas Batanghari Jambi Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi 23, 1 (2023): 590-594 DOI: 10.33087/jiubj.v23i1.3021 URL: <a href="http://ji.unbari.ac.id/index.php/ilmiah">http://ji.unbari.ac.id/index.php/ilmiah</a></p>	<p>D: <i>Quasi Experiment</i> S : Jumlah sampel sebanyak 30 orang diambil secara <i>convenience sampling</i> V: <i>massage efflurage, aromatherapy peppermint</i> I : Instrumen penelitian ini menggunakan <i>Numerical Rating Scale (NRS)</i> A: -</p>	<p>kan perbedaan bermakna secara statistik (<math>p=0,000</math>). Sebelum pemberian tindakan rata rata intensitas nyeri pada skala 8,33 (kategori nyeri berat) dan setelah diberi tindakan intensitas nyeri mengalami penurunan rerata skala yaitu 2,03 (kategori nyeri ringan). Kesimpulan penelitian ini yaitu Ada pengaruh <i>effleurage massage dengan aromaterapi peppermint</i> terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post operasi SC (eklampsia). Perawat dan bidan dapat mempraktikkan pemberian terapi tersebut sebagai terapi non farmakologis penanganan nyeri.</p>
6.	<p>Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah Abdomen Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di</p>	<p>D: <i>descriptive analytical</i> S: pasien post operasi abdominal . V: faktor-faktor yang</p>	<p>Hasil dari Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi intensitas nyeri perut</p>

	<p>RSUD Badung Bali</p> <p>( I Putu Artha Wijaya)</p> <p><i>Jurnal Dunia Kesehatan</i>, vol. 5, no. 1, 2019.</p>	<p>mempengaruhi intensitas nyeri</p> <p>I : <i>Visual Analog Scale (VAS) and Numeric Rating Scale (NRS)</i>.</p> <p>A: -</p>	<p>pasca operasi signifikan adalah usia (<math>p = 0,017</math>), jenis kelamin (<math>p = 0,004</math>), spiritual (<math>p = 0,0005</math>), sikap pasien dan keyakinan terhadap nyeri (<math>p = 0,0005</math>), dan tingkat kecemasan (<math>0,0005</math>). Faktor yang paling banyak yang mempengaruhi intensitas nyeri perut pasca bedah adalah tingkat kecemasan (komponen koefisien B 0,573). Hasil penelitian ini bermanfaat bagi praktisi keperawatan sebagai acuan dalam melakukan penatalaksanaan nyeri perut pasca operasi dengan mempertimbangkan beberapa faktor usia, jenis kelamin, spiritual, sikap dan keyakinan pasien terhadap nyeri, dan tingkat kecemasan.</p>
7.	<p>Pengalaman Nyeri Saat Dilakukan Debridemnet Pada Penderita Dengan Luka Deabetikum</p> <p>( Lailatul Badriah, Titan Ligita, Sukarni)</p> <p>Jurnal Gawat Darurat Volume 5 No 1 Juni 2023 p-ISSN2684-9321 LPPM Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal URL: <a href="https://doi.org/10.32583/jgd.v5i1.1080">https://doi.org/10.32583/jgd.v5i1.1080</a></p>	<p>D: <i>Descriptive analytical</i></p> <p>S: Pasien post operasi debridemen</p> <p>V: Nyeri</p> <p>I : -</p> <p>A: -</p>	<p>Dari hasil penelitian mengenai pengalaman nyeri saat dilakukan <i>debridement</i> pada penderita dengan luka diabetikum dapat disimpulkan bahwa pengalaman nyeri yang dirasakan pada seseorang berbeda-beda saat dilakukan <i>debridement</i> dan didapatkan adanya pengetahuan mengenai perawatan luka, kemudian merasakan sensasi nyeri saat dilakukan <i>debridement</i>, penderita mengalami perubahan selama mengalami luka diabetikum, dan masing-masing</p>

			penderita memiliki harapan saat dilakukan <i>debridement</i> .
8.	<p>Managemen Nyeri Non Farmakologi Post Operasi Dengan Terapi Spiritual “Doa dan Dzikir”</p> <p>(Tina Muzaenah, Ari Budiati Sri Hidayati)</p> <p><i>Herb-Medicine Journal</i> DOI: 10.30595/hmj.v4i3.8022</p>	<p>D: <i>Literature Review</i> S: Pasien post operasi debridemen V: Nyeri, Doa dan Dzikir I : - A: -</p>	<p>Tiga artikel menyebutkan manajemen nyeri non farmakologi dengan membaca doa dan dzikir: melafalkan bacaan Tasbih 33 kali, Tahmid 33 kali, Takbir 33 kali, Tahlil 33 kali, Alhauqalah 33 kali selama 10-15 menit atau 30 menit. Diawali dengan melakukan tehnik napas dalam selama 5 menit atau membaca dzikir Hazrate Zahra (menyebut nama “Allah”) 100 kali. Dilanjutkan membaca surat Al-fatihah dan diakhiri doa menghilangkan rasa sakit 7 kali. Dipraktikkan dengan posisi duduk/berbaring dengan nyaman, dengan mata tertutup. Dua artikel lain dengan mendengarkan doa "Ya man esmoho davaa va zekroho shafa, Allahomma salle ala mohammad va ale mohammad" selama 20 menit pada post operasi atau pembacaan doa <i>salawat syifa</i> ' dan <i>dzikir</i> pada intraoperasi. Doa dan dzikir adalah teknik non farmakologi berbiaya rendah, mudah, nyaman dilakukan kapanpun dan dimanapun, tidak memiliki efek samping. Membaca doa dan dzikir maupun mendengarkannya</p>

			terbukti menurunkan intensitas nyeri post operasi
9.	<p>Penerapan Teknik Efflurage Menggunakan Minyak Zaitun Terhadap Pengurangan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Appendectomy</p> <p>( Anggi Maulana Puji Handayani, Bambang Utoyo)</p> <p><i>The 10th University Research Colloquium 2019, STIKes Muhammadiyah Gombong</i></p>	<p>D: deskriptif dengan pendekatan studi kasus</p> <p>S: Pasien post operasi Appendectomy</p> <p>V: Teknik Efflurage, nyeri</p> <p>I : -</p> <p>A: -</p>	<p>Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen dengan penerapan teknik <i>effleurage</i> menggunakan minyak zaitun untuk pengurangan intensitas nyeri. Penulis telah melakukan pengumpulan data serta pengolahan data sehingga dapat disimpulkan setelah diberikan asuhan keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen dengan penerapan teknik <i>Effleurage</i> menggunakan minyak zaitun terdapat pengurangan intensitas nyeri, dan salah satu keluarganya mampu melakukan secara mandiri.</p>