

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pokok-pokok pikiran yang mendasari tinjauan pustaka antara lain: 1) Konsep *Sectio Caesarea*, 2) Konsep Keperawatan Kamar Bedah (perioperatif), 3) Konsep Anestesi, 4) Konsep Pembiusan *Sectio Caesarea*, 5) Konsep Nyeri, 6) Jurnal Penelitian Terkait, 7) Kerangka Teori, 8) Kerangka Konsep, dan 9) Hipotesis

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Operasi *Sectio caesarea* adalah tindakan melahirkan dengan menyayat bagian perut ibu (laparotomi) dan jaringan rahim untuk mengeluarkan bayi dari perutnya (histerotomi). *Sectio Caesarea* ini bisa dilakukan sesuai keinginan ibu jika ada tanda-tanda bahwa bayi tidak dapat dilahirkan secara alami, atau mendesak (*emergency*) jika bayi harus dilahirkan dalam waktu dekat. (Ni, L.& Elsharty, A., 2018)

Sectio Caesarea adalah intervensi medis sebagai pilihan persalinan ketika ada tanda-tanda tertentu, baik karena masalah kesehatan janin atau ibu. Ketika kelahiran biasa tidak lagi memungkinkan, operasi *Caesar* segera dilakukan. Saat ini, *sectio caesarea* bertindak tidak hanya atas pertimbangan medis namun bisa dilakukan atas permintaan pasien atau rekomendasi dari dokter spesialis. (Ayuningtyas et al., 2018).

2.1.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea dapat dilakukan karena masalah di pihak ibu atau bayinya. Penyebabnya antara lain perbedaan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, bayi besar, posisi dahi, posisi wajah, dll), keracunan kehamilan, preeklampsia berat atau eklampsia, posisi bayi abnormal (sungsang, melintang), kembar, terlambat kehamilan, riwayat operasi caesar pada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu, infeksi saluran persalinan, dan faktor lainnya. Meskipun diawal kehamilan tidak terdapat masalah apapun dan diprediksi persalinan normal, tetapi terdapat berbagai masalah yang dapat muncul. Plasenta prematur, lamanya usia kehamilan, ketuban pecah lebih dari 24 jam, kekuatan kontraksi, dan sebagainya. (Indiarti, 2012)

2.1.3 Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan proses melahirkan bayi dengan berat lebih dari 500 gr melalui dinding rahim. Pasien akan dilakukan anestesi sebelum operasi dengan memberikan obat ke dalam ruang subarachnoid, yang akan menyebabkan imobilitas tubuh parsial dari bagian tengah tubuh ke kaki. Selain itu, efek mati rasa dapat meredakan otot dan menyebabkan tertahanya rasa ingin buang air besar. Selama proses operasi, dilakukan penyayatan dinding abdomen bawah sehingga mengganggu jaringan, pembuluh darah, dan saraf di sekitar luka. Hal ini akan menyebabkan

pelepasan histamine dan prostaglandin yang akan memicu daerah sensorik dan menimbulkan rasa nyeri. (NANDA, 2016).

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Berikut ini adalah pemeriksaan penunjang dari *Sectio Caesarea*.

(Tucker&Susan,1998. dalam buku NANDA , 2015) :

- a. Pemantauan terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG (Elektro Kardio Gram)
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin (Hb)/Hematokrit (Hct)
- e. Golongan Darah
- f. Urinalis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Ultrasound sesuai pesanan.

2.1.5 Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Berikut ini adalah alasan mengapa *sectio caesarea* tidak boleh digunakan (Sung&Mahdy,2020 dalam Cunningham et.al 2018) :

- a. Bayi meninggal
- b. Shock
- c. Anemia berat
- d. Kelainan kongenital berat
- e. Infeksi pirogenik pada dinding perut
- f. Kurangnya fasilitas yang mendukung.

2.2 Konsep Keperawatan Kamar Bedah (Perioperatif)

2.2.1 Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah proses keperawatan untuk membuat dan mengatur rencana asuhan keperawatan secara individu untuk pasien yang menjalani perawatan invasif atau pembedahan. (*Association of Operating Room Nurses [AORN] 2013*)

2.2.2 Fase Perioperatif

Kata "keperawatan perioperatif" digunakan untuk merujuk pada sejumlah tugas yang berhubungan dengan perawatan pasien. Pra operasi, pembedahan, dan perawatan selanjutnya secara kolektif disebut sebagai periode "perioperatif". (Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia [HIPKABI] 2014).

2.2.2.1 Fase *Pre* Operatif

Ketika pilihan untuk disetujuinya tindakan operasi dilakukan intervensi bedah dan diakhiri saat pasien diletakkan di meja operasi. Evaluasi pasien dasar di klinik atau di rumah, pembicaraan sebelumnya, mempersiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan, dan mempersiapkan pasien untuk pemulihan semuanya termasuk dalam tinjauan kegiatan perjalanan sebelum mulai operasi. (HIPKABI, 2014).

2.2.2.2 Fase Intra Operatif

Saat pasien memasuki ruang operasi, periode pembedahan dimulai Time out hingga Sign Out, dan berakhir saat pasien dipindahkan ke area

pemulihan (*Recovery Room*) atau ICU (*Intensive Care Unit*) (HIPKABI, 2014)

2.2.2.3 Fase *Post* Operatif

Memindahkan pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau unit perawatan kritis menandai fase pasca operasi. Penilaian tindak lanjut di fasilitas rumah sakit, klinik, atau di rumah menandai kesimpulan dari fase pasca operasi. Fokus pengkajian meliputi dampak pengakhiran anestesi, pengecekan tanda-tanda vital, dan menghindari komplikasi adalah poin utama pada periode ini. Prioritas fase ini adalah meningkatkan pemulihan dan memberikan edukasi mengenai Rencana Tindak Lanjut (RTL), rujuk, rehab, dan Rencana Pulang Pasien (RPP) (HIPKABI, 2014).

2.3 Konsep Anestesi

2.3.1 Definisi Anestesi

Kata "an" dalam bahasa Yunani (yang berarti tidak) dan "*aesthetos*", yang berarti kesadaran atau kemampuan untuk merasakan, merupakan asal dari istilah anestesi. Anestesi, secara umum, adalah tindakan memblokir sensasi nyeri selama operasi medis dan aktivitas menyakitkan lainnya (Majid, Judha, & Istiana 2011)

2.3.2 Macam-Macam Anestesi

2.3.2.1 Anestesi Umum

Anestesi Umum atau biasa disebut *General Anesthesia* adalah prosedur pembiusan dengan tujuan untuk tidak merasakan sakit, membuat pasien tertidur, dan memberikan efek amnesia yang bersifat *reversibel* atau

dapat kembali. *General anesthesia* menyebabkan amnesia selama dilakukan pembedahan sehingga ketika pasien terbangun tidak mengerti proses pembedahan yang baru dilakukan. Anestesi umum dapat diberikan secara parenteral (intravena, intramuskuler), inhalasi (melalui hirupan udara/gas), dan rektal (melalui anus) (Pramono, 2015)

2.3.2.2 Anestesi Regional

Anestesi regional adalah jenis anestesi yang tidak memenuhi trias anestesi (sedasi). Oleh karena itu, obat bius ini lebih berfungsi sebagai obat penghilang rasa sakit. Saat pasien dalam keadaan sadar, anestesi regional dapat menghilangkan rasa tidak nyaman secara singkat. (Pramono, 2015)

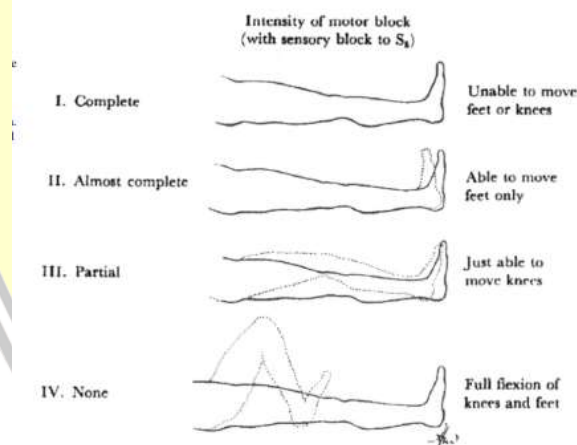
Anestesi regional dibagi menjadi beberapa kategori berikut :

a. Anestesi Spinal

Anestesi Spinal merupakan proses insersi atau penyuntikan anestesi lokal ke dalam ruang subarachnoid disegmen L3-L4 atau L4-L5. Untuk masuk ke ruang *subarachnoid*, jarum spinocain menembus berbagai lapisan diantaranya : kulit, subkutan, ligamentum supraspinosum, ligamentum interspinosum, ligamentum flavum, ruang epidural, durameter, dan ruang subaraknoid. Tanda keberhasilan anestesi spinal masuk di ruang subaraknoid adalah dengan keluarnya *liquor cerebrospinalis* (LCS). Spinal anestesi yang biasa dilakukan secara umum pada operasi *sectio caesarea* termasuk metode pembiusan konvensional dikarenakan penatalaksanaan, pemberian obat, dan

tekniknya digunakan sejak dulu hingga saat ini. Pemilihan obat yang digunakan seperti lidocain dan bupivacaine paling sering digunakan.

Setelah pasien telah dilakukan pembedahan, pasien akan dipindah ke *recovery room*. Terdapat penilaian yang digunakan untuk menentukan pasien dapat dipindahkan di ruangan yakni *Bromage Score*. *Bromage Score* merupakan instrument penilaian kekuatan otot ekstrimitas bawah pasien pasca spinal anestesi. Penilaian *Bromage Score* (Craig & Carli, 2018) Tidak dapat menggerakkan telapak kaki dan lutut = 3, Dapat menggerakkan telapak kaki = 2, Hanya dapat menggerakkan lutut = 1, Lutut dan Kaki Mampu fleksi penuh = 0. Jika nilai skor pasien ≤ 2 pasien sudah dapat kembali ke ruangan



Gambar 2. 1 *Bromage Score* (Sumber : (Craig & Carli, 2018)

b. Anestesi Epidural

Anestesi epidural (peridural, ekstradural) dicapai dengan memasukkan obat anestesi ke dalam ruang hampa udara. Anestesi Epidural lebih lambat memblokir sensoris dan motoris di banding

spinal anestesi. Pemasangan kateter dilakukan di antara ligamentum flavum dan dura mater. Selaput sacrococcygeal dan foramen magnum di dasar tengkorak keduanya melingkari masing-masing di bagian atas dan bawah. Area tersebut memiliki kedalaman rata-rata 5 milimeter, dengan bagian kedalaman terbesar terdapat di area lumbal.

c. Anestesi Kaudal

Anestesi kaudal dan anestesi spinal sangat mirip. Tendon sacrococcygeal, yang menutupi celah sakral, memungkinkan obat disuntikkan ke daerah kaudal. Saraf sakral, pleksus vaskular, felum terminale, dan kantung dural semuanya terletak di daerah kaudal. Tehnik ini biasanya dilakukan pada pasien anak-anak karena bentuk anatominya yang lebih mudah ditemukan dibandingkan daerah sekitar perineum dan anorektal misalnya hemoroid dan fistula perianal.

2.4 Konsep Pembiusan *Sectio Caesarea*

2.4.1 Metode Konvensional (Tehnik Spinal Anestesi)

Konvensional biasa disebut lazim atau biasa digunakan.. Menurut ((Wulandari & Parami, 2017) tehnik spinal anestesi konvensional yaitu salah satu tehnik regional anestesi dengan memasukkan obat analgetik lokal ke dalam ruang subarachnoid yang terletak di vertebra L2-L3 atau L3-L4. Berikut merupakan penatalaksanaan tehnik spinal anestesi konvensional :

- a. Pasien masuk kedalam ruang operasi dan dipasang monitor (tensimeter, *oxymetre*, dan elektroda untuk EKG). Untuk persiapan pembiusan, pasien ditidurkan dalam posisi lateral decubitus atau tidur miring. Jika

masih kesulitan, posisikan pasien untuk duduk. Kemudian bantu pasien untuk meringkuk dan menunduk agar *processus spinosus* mudah terasa.

- b. Penusukan dilakukan di antara Lumbal 2-3, L3-4, dan L4-5
- c. Bersihkan punggung pasien menggunakan povidone iodine dan sterilkan daerah yang akan ditusuk menggunakan alkohol 70%.
- d. Berikan anestesi lokal sebelum dilakukan spinal anestesi dengan memberikan lidocain 1-2% 2-3ml.
- e. Spinal anestesi dapat dilakukan dengan 2 tehnik, yakni median dan paramedian. Spinocain dapat berukuran 25G, 26G, dan 27G. Cara memasukkan jarum spinal adalah . Tusukkan spinocain sedalam 2cm agak sedikit kearah sefal. jarum spinocain harus sejajar dengan serat duramater, pada posisi tidur miring jarum mengarah keatas atau kebawah, untuk menghindari kebocoran liquor yang menyebabkan nyeri kepala pasca spinal anestesi. Setelah dirasa tepat ruang *sub aracnoid*, mandrin jarum spinal dicabut dan keluar cairan LCS (*Liquor Cerebro Spinalis*), pasang spuit yang sudah disiapkan berisi obat anestesi Bupivacain. Lakukan aspirasi sedikit, kemudian Obat dapat dimasukkan pelan-pelan (0,5ml/detik).
- f. Setelah semua obat masuk, Tarik jarum spinocain kemudain tutup menggunakan penutup luka steril (Handsaplast) dan sejenisnya.

2.4.2 Metode ERACS (*Enhanced Recovery After Caesarian Surgery*)

ERACS (*Enhanced Recovery After Caesarian Surgery*) adalah program cepat pulih setelah operasi *sectio caesarea* mulai dari persiapan

sebelum, saat, dan setelah operasi hingga pemulangan pasien. Konsep ERACS ini mampu menurunkan waktu rawat pasien, meminimalisir komplikasi pasca operasi, dan meningkatkan kepuasan pasien. (Waili&Kalbani, 2022). Perbedaan ERACS dan spinal anestesi (konvensional) dapat dilihat dari pemilihan obat yang digunakan. ERACS menggunakan obat anestesi dengan tambahan analgetik opioid seperti morphin ataupun fentanyl. Tiga tahapan dalam proses ERACS yakni (Ituk &Habib, 2018) :

a. Persiapan Preoperatif

1) *Antenatal Care*

Untuk mencapai keberhasilan, instruksi dan bimbingan prakelahiran sangat penting dilakukan. Pasien diberikan informasi mengenai serangkaian proses sebelum dilakukan operasi hingga kriteria pemulangan yang mencakup :prosedur anestesi, prosedur operasi, nyeri setelah operasi, gizi ibu hamil, dan rencana pemulangan pasien..

2) Ruang Rawat Inap

- a) Saat di ruangan, pasien diminta puasa 6-8 jam sebelum dipindahkan ke kamar operasi. Hal tersebut bertujuan untuk mencegah refluk mual muntah akibat efek obat anestesi yang menimbulkan vasodilatasi pembuluh darah
- b) Pasien melakukan preclean daerah yang akan dioperasi dengan mandi menggunakan antiseptic.

- c) Berikan antiemetic atau obat antimual 2 jam sebelum pembedahan.
 - d) Berikan antibiotic profilaksis sesuai DPJP dokter spesialis obstetri dan gynekologi atau dokter spesialis anestesi yang bertanggungjawab terhadap pasien.
 - e) Lakukan pengecekan darah lengkap untuk mengetahui Hemoglobin untuk mencegah anemia pada pasien. (Macones, GA., et.al, 2019)
- b. Perawatan Intra Operatif
- 1) Atur temperature *air conditioner* ruang operasi pada 22°-23°C. Lakukan upaya menghangatkan dengan menggunakan penghangat infus/cairan hangat untuk mencegah hipotermia pasien. Pada wanita dengan persalinan caesar sering terjadi hipotensi karena vasodilatasi perifer. Oleh karena itu digunakan fenilefrin sebagai vasopresor pilihan untuk pengelolaan hipotensi ibu akibat anestesi neuraksial. Infus fenilefrin digunakan dengan dosis awal 50 mcg/menit dengan kristaloid 2L.
 - 2) Saat pasien akan dilakukan pembiusan, penggunaan obat yang dipilih adalah Bupivacaine spinal 0,5 % dosis rendah, Fentanyl dan morfin (menggunakan jarum 27G dengan introduser). Pastikan ujung jarum berada di ruang subarachnoid, lakukan barbotage 1-2 kali saat memasukan obat LA

- 3) Pemberian analgetik pada pasien dapat menggunakan analgesic non-opioid seperti paracetamol dalam IV dan NSAID segera setelah bayi lahir. Pertimbangkan infiltrasi luka anestesi lokal (kontinu) atau blok regional (blok bidang *transversus abdominis* (TAP), *blok quadratus lumborum* (QLB)).
- 4) Infus oksitosin dosis rendah 15-18 IU/jam diberikan sebagai profilaksis perdarahan post partum serta untuk mencapai kontraksi uterus yang adekuat dan meminimalkan efek samping.
- 5) Saat akan dilakukan *Time Out*, menginfokan *Delayed Cord Clamping* ke DPJP anak, rencana 30 sampai 60 detik dan perawat bayi menyiapkan handuk besar hangat.
- 6) DPJP melakukan *DCC* setelah bayi lahir pada bayi bugar dan aterm dengan cara perawat anak menghitung dan mengumumkan waktu *DCC* per 15 detik selama 60 detik.
- 7) Apabila setelah 20 detik bayi tidak responsive, dokter obstetric dan gynekologi serta dokter anak dapat melakukan klem pemutusan tali pusat.
- 8) Catat kejadian resusitasi dan *DCC* di status bayi.
- 9) Lakukan *IMD* 30 hingga 60 menit pada ibu dan bayi yang sehat. *Skin to skin Skin to skin* dini dapat mempercepat dan memperpanjang masa menyusui sekaligus mengurangi kesedihan dan kekhawatiran ibu pasca operasi *section caesarea*.

c. Perawatan *Post Operatif*

- 1) Lanjutkan pemberian infus selama 0-30 menit jika kondisi pasien optimal.
- 2) Masukkan lebih banyak analgesik (Opiod Hemat: Parasetamol dan NSAID). Metode yang disukai untuk manajemen nyeri selama dan setelah operasi *section caesarea* adalah morfin. Dianjurkan untuk menggunakan antinyeri bersamaan dengan mode tindakan lainnya.
- 3) Setelah pasien keluar dari ruang pemulihan, pasien dapat melatih mobilisasi dengan menekuk tungkai dan lutut, miring kanan atau kiri, dan belajar duduk lalu berjalan.
- 4) Untuk mengurangi kemungkinan ISK (Infeksi Saluran Kemih), selang urin dapat dilepas kembali setelah enam jam pemakaian.
- 5) Apabila pasien merasa nyeri berlebih seperti ditusuk-tusuk atau biasa disebut *breakthrough pain* berikan tambahan anti nyeri seperti *pethidin*.
- 6) Makanan dapat diberikan 4 jam setelah operasi *section caesarea*

2.5 Konsep Nyeri

2.5.1 Pengertian Nyeri

Nyeri menurut medis yakni perasaan stress, sakit, dan perasaan tidak nyaman berasal dari stimulasi ujung saraf tertentu yang bertujuan sebagai perlindungan. Sebagai indikasi peringatan dari tubuh ke bagian yang dirugikan, rasa sakit tersebut menyebabkan orang tersebut meringankan atau menghilangkan rasa nyeri dari sumbernya. (Rosdahl&Kowalski, 2017)

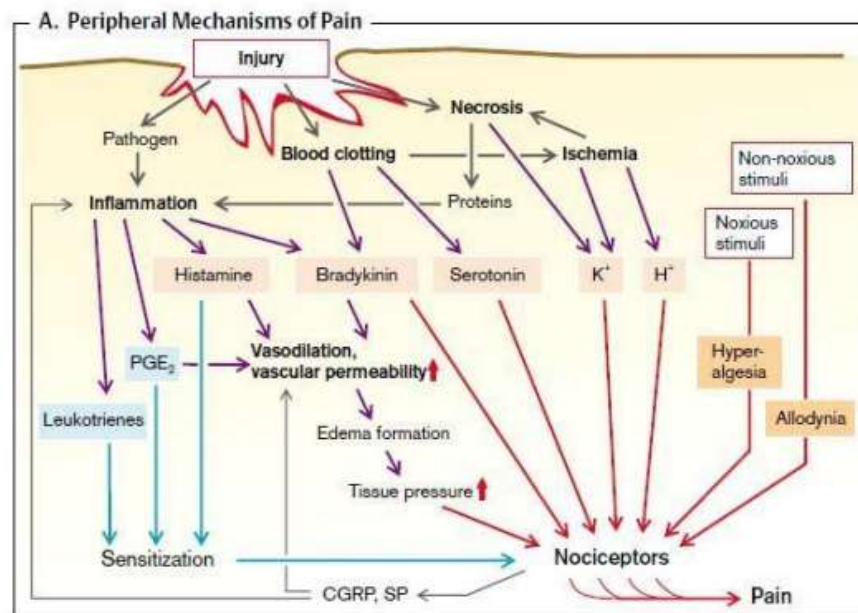
Nyeri adalah jenis perlindungan tubuh yang berfungsi untuk menghentikan bahaya dengan mendorong seseorang untuk meninggalkan sumber rasa sakit untuk memperingatkan mereka akan bahaya yang mungkin terjadi. Nyeri bersifat subyektif sehingga seseorang yang dapat mendeskripsikan nyeri secara akurat adalah mereka yang mengalami nyeri. Meskipun nyeri bersifat subyektif, perawat harus bertanggungjawab untuk mengerti rasa sakit pasien secara akurat (Black& Hawks, 2014)

2.5.2 Patofisiologi Nyeri

Nociception adalah kata yang digunakan untuk menjelaskan bagaimana rasa sakit biasanya ditransmisikan dan dirasakan. Saraf tulang belakang dan otak menerima informasi tentang iritasi jaringan, cedera, atau potensi kerusakan melalui mekanisme yang disebut nosisepsi. Empat tahap nosisepsi :

- a. Transduksi : sistem saraf yang menghasilkan sinyal dari sensasi nyeri di terminal saraf.
- b. Transmisi : Stimulus bergerak dari asalnya ke otak.

- c. Persepsi : Otak mendeteksi, mengkategorikan, dan bereaksi terhadap nyeri.
- d. Modulasi : pengatur reaksi stimulasi esensial tubuh terhadap rasa sakit (Rosdahl&Kowalski, 2017)



Gambar 2. 2 Mekanisme Nyeri Perifer

Tingkat keparahan ketidaknyamanan yang dirasakan epidermis dapat bervariasi dari yang parah hingga yang ringan. K^+ dan protein internal akan dikeluarkan oleh sel mati. Depolarisasi nosiseptor terjadi ketika kadar K^+ ekstrasulular meningkat. Pada beberapa keadaan, protein akan masuk ke dalam bakteri sehingga menyebabkan peradangan. Nyeri kemudian berkembang akibat penghentian mediator nyeri seperti leukotrien, prostaglandin E2, dan histamin yang mengaktifkan nosiseptor. (hiperalgesia atau allodynia). Selain itu, cedera ini akan mengaktifkan faktor pembekuan darah, merangsang nosiseptor dan bradikinin dan serotonin. Jika arteri darah

menutup, iskemia dapat terjadi, yang menumpuk plasma K⁺ dan H⁺ dan memicu nosiseptor penghasil nyeri.(Bahrudin, 2017).

2.5.3 Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri berdasarkan sumber (Mangku&Senapathi, 2010) :

1) Nyeri somatik luar

Perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukus. keluhan yang dimulai sebagai rasa terbakar akut dan dapat dilokalkan.

2) Nyeri somatik dalam

Digambarkan sebagai nyeri ringan (tumpul) yang tidak dapat ditentukan lokasinya dengan tepat dan disebabkan oleh rangsangan pada otot, jaringan ikat, sendi, atau tulang.

3) Nyeri viseral

Respons yang ditimbulkan oleh stimulus jaringan eksternal yang mengelilinginya, termasuk perikardium, pleura, parietal, dan peritoneum.

b. Nyeri berdasarkan jenis (Anitescu, Benzon, & Wallace, 2017) :

1) Nyeri nosiseptif

Kerusakan jaringan somatik atau internal menyebabkan nyeri. Stimulasi nosiseptor dapat menyebabkan jaringan, sel imunologi, ujung saraf indera, dan ujung saraf otonom mengeluarkan zat inflamasi.

2) Nyeri neurogenik

Kerusakan utama sistem saraf tepi, seperti lesi di sekitar saraf tepi, adalah penyebab ketidaknyamanan tersebut. Orang biasanya mengalami sensasi terbakar dan sensasi fisik tidak nyaman yang terasa seperti dipukul.

3) Nyeri psikogenik

Kecemasan atau kesedihan adalah contoh gangguan mental yang menyebabkan seseorang mengalami rasa sakit.

c. Nyeri berdasarkan waktu (Persatuan Perawat Nasional Indonesia [PPNI], 2016) :

1) Nyeri akut

Pasien telah melaporkan nyeri sedang hingga intens yang tiba-tiba muncul, terkait dengan cedera jaringan, dan berlangsung tidak lebih dari tiga bulan.

2) Nyeri kronik

Rasa sakit yang disebabkan oleh kecacatan nyata atau fungsional, yang berkembang secara bertahap dan berlangsung lebih dari tiga bulan. Rasa sakit dapat bervariasi dalam tingkat keparahan dari sedang hingga serius.

d. Nyeri berdasarkan derajatnya (Mangku&Senapati, 2010) :

1) Tidak Nyeri

2) Nyeri ringan adalah rasa tidak nyaman yang berfluktuasi, terutama selama aktivitas harian dan hilang pada malam hari.

- 3) Nyeri sedang adalah ketidaknyamanan terus-menerus yang mengganggu aktivitas dan hanya mereda saat pasien sedang tidur.
- 4) Nyeri berat sepanjang hari, tidak bisa tidur, atau sering terbangun karena nyeri saat tidur adalah tanda-tanda nyeri hebat.
- 5) Nyeri tidak terkontrol.

2.5.4 Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Respons setiap orang terhadap nyeri bersifat individu, terdapat banyak cara yang berbeda untuk merasakan nyeri. (Black & Hawks, 2014).

a. Persepsi nyeri

Komponen penting dari mengalami rasa sakit adalah bagaimana hal itu ditafsirkan atau dirasakan. Karena cara kita melihat dan memahami rasa sakit, setiap orang mengalaminya secara berbeda. Tingkat kerusakan tubuh tidak hanya menentukan seberapa menyakitkan nyerinya. Baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat memengaruhi pengalaman akan nyeri. Meskipun beberapa ahli menyetujui mengenai efek spesifik dari faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri yaitu kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera

b. Faktor sosio budaya

Semua reaksi indra, termasuk reaksi terhadap rasa sakit, dipengaruhi oleh variabel seperti ras, masyarakat, dan kebangsaan. Penelitian menemukan bahwa persepsi perawat tentang penderitaan pasien mereka berasal dari nilai pandang mereka terhadap pasien.

c. Usia

Usia dapat dikaitkan dengan variasi batas nyeri. Seorang dewasa mungkin tidak mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri karena takut akan diagnosa yang buruk. Bagi individu, rasa sakit juga dapat menunjukkan kelemahan, kegagalan, atau kurangnya kekuatan.

d. Jenis Kelamin

Anak laki-laki cenderung melaporkan merasa lebih sedikit rasa sakit daripada perempuan dalam hal bagaimana mereka bereaksi terhadap rasa sakit. Anak laki-laki lebih jarang menunjukkan kesedihan daripada perempuan di beberapa masyarakat Amerika. Anak laki-laki memang mengalami kesedihan, tetapi mereka tidak selalu menunjukkannya sesering anak perempuan.

e. Pengalaman Sebelumnya

Tentang Nyeri Rasa nyeri klien saat ini dipengaruhi oleh pengalaman nyeri di masa lalu. Bahkan dengan situasi fisik yang sama, orang yang pernah mengalami pertemuan negatif di masa lalu akan bereaksi lebih kuat terhadap insiden berikutnya. Di sisi lain, jika pertemuan prospektif lebih baik daripada pertemuan sebelumnya, pelanggan mungkin memiliki pandangan yang optimis.

f. Efek plasebo

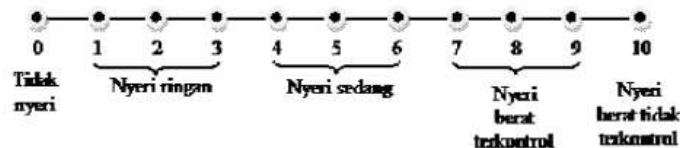
Plasebo adalah tablet yang bentuknya menyerupai obat-obatan biasa tetapi tidak mengandung komponen aktif atau manfaat medis. Klien yang menerima plasebo diberi tahu bahwa tablet tersebut mengandung

obat penghilang rasa sakit. Menurut statistik saat ini, 30% hingga 70% orang menerima pernyataan palsu bahwa rasa sakit mereka berkurang atau hilang dengan cepat.

2.5.5 Pengukuran Skala Nyeri

2.5.5.1. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Kriteria yang sama berlaku untuk mengukur nyeri post-sectional untuk mengukur nyeri secara umum. Skala Peringkat Numerik atau *Numerical Rating Scale (NRS)*, yang lebih sering digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kata, dapat digunakan untuk menilai tingkat keparahan nyeri. sehingga orang dapat mengevaluasi ketidaknyamanan mereka pada kisaran 0 sampai 10. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)



Gambar 2. 3 Skala Penilaian Numerik (Sumber: Mubarak, et.al 2015)

Keterangan :

- 0 : tidak sakit
- 1-3 : Nyeri ringan (secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6 : Nyeri Sedang. Pasien dapat secara akurat mengidentifikasi area ketidaknyamanan, dapat menjelaskannya, dan dapat mengikuti

instruksi secara efektif. Namun, mereka mendesis dan menyeringai.

7-9 : Nyeri Berat. Pasien masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri tidak terkontrol. Penderita yang tidak dapat diajak berbicara, menyerang.

2.5.5.2. *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale adalah Skala untuk mengukur ketidaknyamanan visual. Pengukuran ini memiliki enam karakteristik wajah mulai dari tanpa rasa sakit (ekspresi tersenyum) hingga rasa sakit yang luar biasa. (menangis, wajah sedih). Peringkat potensial termasuk dalam kategori 0 hingga 10. (Arsyawina, 2014)



Gambar 2. 4 *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale* (Sumber: Arsyawina, 2014)

2.6 Jurnal Penelitian Terkait

Tabel 2. 1 Jurnal Penelitian Terkait dengan Perbedaan Nyeri *Post Sectio Caesarea* dengan Metode Pembiusan ERACS dan Konvensional

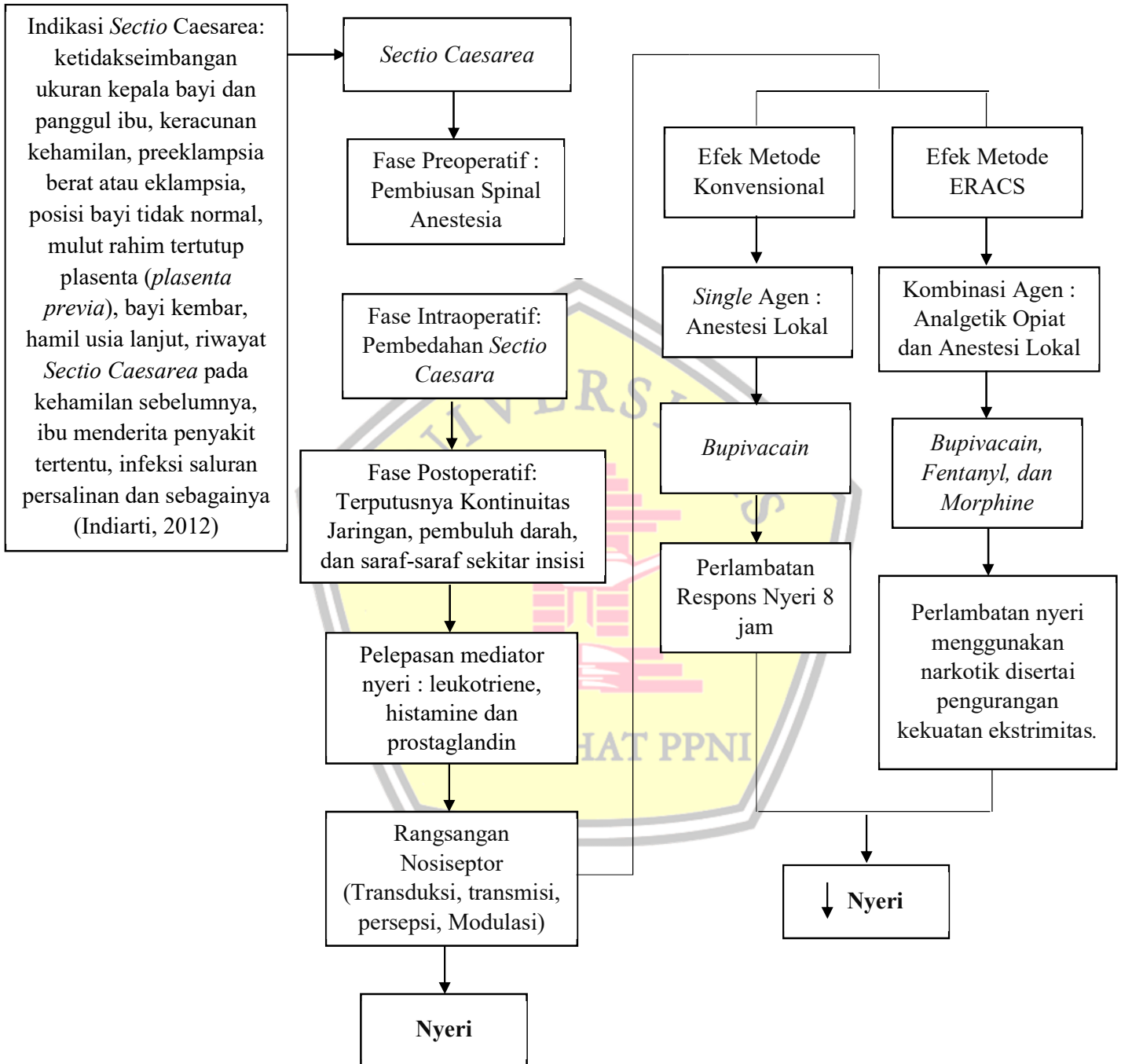
Judul	Author	Tujuan	Desain	Sample	Hasil
Perbedaan Metode Konvensional Dan Eracs Dengan Tingkat Nyeri Pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i>	(Nisak et.al., 2023)) Indonesia	Mengetahui Perbandingan Metode Konvensional dan Eracs dengan Tingkat Nyeri pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i> di RS Aisyiyah Kudus.	Penelitian ini berjenis Komparatif dengan metode <i>Cross sectional</i>	Kedua kelompok ERACS dan Konvensional masing-masing menggunakan 60 responden	Terdapat perbedaan metode konvensional dan Eracs dengan Tingkat Nyeri pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i> di RS Aisyiyah Kudus dengan nilai p value<0.005. Ada perbedaan metode konvensional dan Eracs dengan Tingkat Nyeri pada Pasien <i>Post Sectio Caesarea</i> di RS Aisyiyah Kudus.
<i>Systematic Review</i> Tentang Perbedaan Pasien <i>Section Caesarean</i> Dengan Protokol ERAS Dan Tanpa Protokol ERAS	(Hidayati et al., 2022)	Mengevaluasi pasien Operasi Caesar dengan Protokol ERAS dan tanpa Protokol ERAS sehubungan dengan lama tinggal, biaya rawat inap di rumah sakit, dan skala nyeri pasca operasi	<i>Systematic review</i> mencari kajian yang terdapat dalam database atau media akses melalui Pubmed, Clinical Key, Google Scholar, Research Gate, dan Science Direct dari tahun 2016 hingga 2021 menggunakan	Dari 225 jurnal hanya 11 yang memenuhi kriteria inklusi. Jurnal dibagi menjadi 8 studi kohort dan 3 studi RCT	Hasil <i>systematic review</i> mengungkapkan tiga hal. Pertama, 78% studi melaporkan bahwa lama hari rawat berkurang pada kelompok ERAS. Kedua, studi 100% memiliki hubungan dengan pengurangan biaya di rumah sakit pada kelompok ERAS. Ketiga, 100% studi mengungkapkan penurunan skala nyeri pasca operasi pada kelompok ERAS.

				bahasa Indonesia dan Inggris.	
Keuntungan dari implementasi <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS) dalam manajemen nyeri akut selama persalinan <i>Sectio Caesarea</i> elektif: <i>A Prospective Randomized Controlled Trial</i>	(Pan et al., 2020) Republik Rakyat China (RRC)	Menguji apakah penerapan <i>enhanced recovery after surgery</i> (ERAS) bagi pasien yang menjalani persalinan <i>Sectio Caesarea</i> elektif memberikan dampak positif terhadap pasien dalam hal manajemen nyeri, rawat inap, dan reaksi merugikan.	apakah pasien yang menjalani persalinan <i>Sectio Caesarea</i> elektif dibagi menjadi kelompok ERAS dan kelompok kontrol – dan kelompok tersebut masing-masing dikelola dengan ERAS dan konvensional	Jumlah sampel pada penelitian ini berjumlah 119 tiap kelompok	Hasil dengan ERAS terdapat perbandingan yang signifikan selama 24 jam pertama, rerata VAS yaitu 3,38 ($p < 0,001$). Sedangkan rerata VAS selama 24 jam pertama adalah 4,74
Uji Coba Terkontrol Acak <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> Versus Pemulihan Perawatan <i>standard of care (SOC)</i>	(Baluku et al., 2020) Uganda	Melakukan uji coba terkontrol secara acak untuk membandingkan lama tinggal di rumah sakit antara ERAS dan SOC. Tujuan lainnya adalah untuk menentukan apakah ada peningkatan	Desain penelitian <i>prospective, randomized, single-blind study</i>	Sampel penelitian ini dipilih 160 partisipan secara random dan membagi 80 ibu tiap grup	Tidak terdapat satupun pasien yang skala nyerinya ≥ 7 ($p = 0,001$) menggunakan ERAS. Sedangkan 9 dari 77 pasien mendapatkan VAS ≥ 7 tanpa menggunakan ERAS atau dengan pemulihan standar (SOC)

recovery Darurat di Rumah Sakit Mbarara, Uganda		komplikasi pada pasien yang ditugaskan ke lengan ERAS				
Evaluasi dampak Protokol ERAS terhadap hasil setelah persalinan diikuti dengan <i>Sectio Caesarea</i> elektif.	(Kleiman et al., 2020)	Mengevaluasi penerapan protokol ERAS untuk pasien yang menjalani persalinan <i>Sectio caesarea</i> elektif, khususnya efek pada konsumsi opioid, skor nyeri dan lama tinggal serta komplikasi dan penerimaan kembali.	Desain sebelum sesudah perlakuan digunakan membandingkan hasil penelitian	studi dan menggunakan sampel 357 (n = 196 sebelum; n = 161 setelah) wanita yang menjalani persalinan <i>Sectio Caesarea</i> elektif.	Peneliti menggunakan sampel 357 (n = 196 sebelum; n = 161 setelah) wanita yang menjalani persalinan <i>Sectio Caesarea</i> elektif.	Perbedaan yang signifikan dalam konsumsi opioid dan dalam konsumsi opioid pasca operasi per hari Terdapat penurunan skala nyeri yang signifikan, skala nyeri 7 (p = 0,007) menggunakan ERAS dan Skala nyeri 8 tanpa menggunakan ERAS. lama tinggal rumah sakit yang lebih pendek ($2,5 \pm 0,5$ vs $2,9 \pm 1,2$ hari, P <0,001) ditemukan setelah pengenalan protokol ERAS

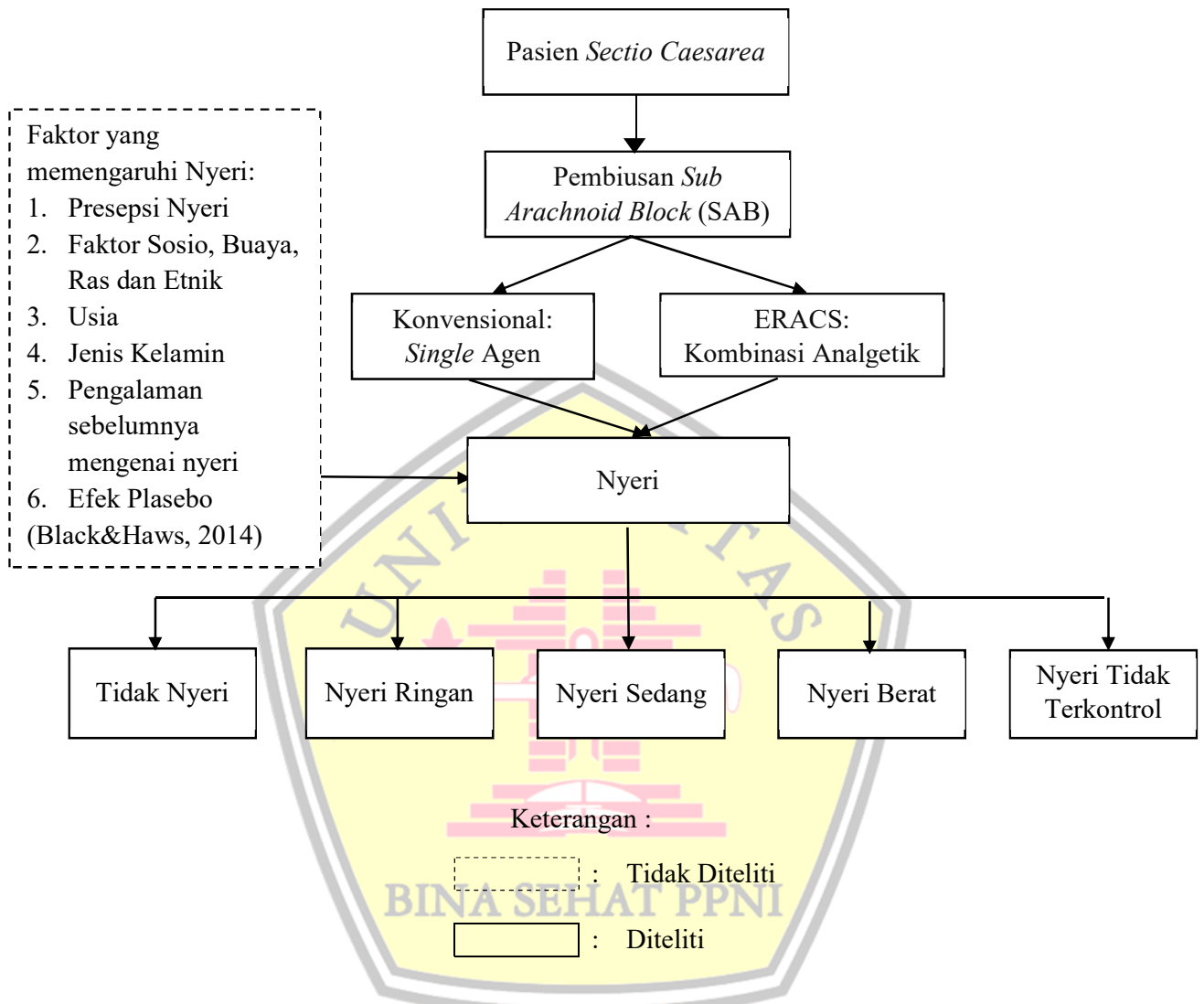
BINA SEHAT PPNI

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2. 5 Kerangka Teori Perbedaan Nyeri *Post Sectio Caesarea* dengan Metode Pembiusan ERACS dan Konvensional (Sumber: Indiarti, 2012 dan Mangku&Senapathi, 2010)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 6 Kerangka Konsep Perbedaan Nyeri *Post Sectio Caesarea* dengan Metode Pembiusan ERACS dan Konvensional (Sumber : Black&Haws, 2014)

2.9 Hipotesis

Hipotesis adalah solusi sementara untuk masalah yang belum terbukti akurat. Tanggapan yang diklaim adalah fakta sementara yang akan dibuktikan dengan menggunakan data berbasis penelitian.

H0 : Tidak ada perbedaan nyeri *post sectio caesarea* dengan metode pembiusan ERACS dan Konvensional

H1: Ada perbedaan nyeri *post sectio caesarea* dengan metode pembiusan ERACS dan Konvensional

