

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori Persalinan Sectio Caesarea**

##### **2.1.1 Pengertian**

Section caesarea (SC) adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi dengan cara insisi pada dinding perut dan rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Winkjostro, 2010). Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi dari kemungkinan-kemungkinan komplikasi yang timbul bila persalinan terjadi secara pervaginam.

##### **2.1.2 Epidemiologi**

Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2019, menyatakan standar dilakukannya operasi SC sekitar 5-15%, tahun 2015 meningkat 22,5% bahkan data WHO dalam Global Survey on Maternal and Perinatal Health tahun 2011 menunjukkan sebesar 46,1% dari seluruh kelahiran dilakukan melalui SC. Sedangkan menurut data RISKESDAS tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode SC pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan.

##### **2.1.3 Klasifikasi Sectio Caesarea**

Ada beberapa jenis SC menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) yaitu:

1. Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda

Merupakan suatu pembedahan dengan melalui insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99 % dari seluruh kasus sectio casarea dalam praktek kedokteran dilakukan dengan menggunakan teknik ini, karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih cepat dan tidak banyak menimbulkan perlekatan. Adapun kerugiannya adalah terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin sehingga memungkinkan terjadinya perluasan luka insisi dan dapat menimbulkan perdarahan. Arah insisi melintang (secara Kerr) dan insisi memanjang (secara kronig).

#### 2. Sectio Caesarea Klasik (Corporal)

Merupakan insisi pada segmen atau uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah. Teknik ini juga memiliki beberapa kerugian yaitu, kesembuhan luka insisi relative sulit, kemungkinan terjadinya ruptur uteri pada kehamilan berikutnya dan kemungkinan terjadinya perlekatan dengan dinding abdomen lebih besar.

#### 3. Sectio Caesarea yang Disertai Histerektomi

Pengangkatan uterus setelah section caesarea karena atonia uteri yang tidak dapat diatasi dengan Tindakan lain, pada uterus miomatousus yang besar dan banyak serta tidak dapat diatasi dengan jahitan.

#### 4. Sectio Caesarea Vaginal

Merupakan pembedahan melalui dinding vagina anterior ke rongga uterus.

Jenis secto ini tidak lagi digunakan dalam praktek obstetri.

#### 5. Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

Section yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah, kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

#### 2.1.4 Indikasi Section Caesarea

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan, yaitu *passage* (jalan lahir), *passenger* (janin), *power* (kekuatan ibu), psikologis ibu dan penolong. Apabila terdapat salah satu gangguan salah satu faktor diatas akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin jika keadaan berlanjut. Indikasi untuk section caesarea antara lain meliputi:

##### 1. Indikasi medis

*Power, passenger, passage*

##### 2. Indikasi ibu

Usia, tulang panggul, persalinan sebelumnya dengan section caesarea, factor hambatan jalan lahir, kelainan kontraksi rahim, ketuban pecah dini, rasa takut kesakitan

##### 3. Indikasi janin

Ancaman gawat janin (fetal distress), bayi besar (makrosemia), letak sungsang, faktor placenta: placenta previa, solusio placenta, placenta accreta, kelainan tali pusat prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat.

### 2.1.5 Etiologi

Menurut Falentina (2019) ada beberapa penyebab section caesare yaitu:

#### 1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

*Chepalo pelvik disproportion* (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

#### 2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini

sangatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

### 3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

### 4. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara SC. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

### 5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

#### 6. Kelainan Letak Janin

##### a) Kelainan pada letak kepala

Letak kepala tengadah bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan panggul.

b) Presentasi muka Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

c) Presentasi dahi Posisi kepala antara fleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

d) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagaian bawah kavum uteri dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

e) Kelainan letak lintang Letak lintang ialah jika letak bayi di dalam Rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh bayi melintang terhadap paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh bayi tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut  $90^\circ$ ). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion

#### **2.1.6 Komplikasi Section Cesarea**

Menurut Chamberlain, (2012), komplikasi section caesarea yaitu :

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.
2. Infeksi, Antibiotik profilaktik biasaya diberikan untuk sectio caesarea, terutama jika operasi dilakukan setelah ketuban pecah.
3. Thrombosis
  - a. Risiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah kelahiran melalui vagina
  - b. Biasanya terjadi pada vena tungkai atau panggul
  - c. Risiko berupa embolisme thrombus pada pembuluh darah paru
  - d. Antikoagulan profilaktik diberikan, terutama pada ibu yang berisiko tinggi (usia diatas 35 tahun, anemia, riwayat thrombosis, obesitas).
4. Ileus
  - a. Ileus ringan dapat berlangsung selama sehari sesudah operasi
  - b. Tangani secara konservatif dengan memberi cairan intravena dan jangan berikan oral hingga ibu flatus

### 2.1.7 Penatalaksanaan Post Sectio Caesarea

Menurut Hartanti, (2014), ibu post sectio caesarea perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut:

#### 1. Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa paska operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

#### 2. Ruang Perawatan

##### a. Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, jumlah urine, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri.

##### b. Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolak. Pemberian antibiotik seperti Ceftriaxone, Cefotaxime, dan sebagainya.



c. Terapi Cairan dan Diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi dan RL sevara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah dapat diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan. Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu dianjurkan untuk pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam paska operasi, berupa air putih.

d. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam paska operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

e. Ambulasi Dini

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Latihan pernafasan dapat dilakukan sedini mungkin setelah ibu sadar sambil tidur telentang. Hari

kedua post operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Pasien dapat diposisikan setengah duduk atau semi fowler. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima paska operasi.

f. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari paska operasi Sectio Caesarea.

g. Keluarga berencana

Keluarga Berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

h. Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi

3. Personal Hygiene

a. Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya.

b. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

## 2.2 Konsep Teori Nyeri

### 2.2.1 Pengertian

Menurut Mubarak, dkk (2015), nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman.

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian jika pasien baru pertama kali mengalami periode nyeri, persepsi pertama tentang nyeri akan mengganggu mekanisme kopingnya. Setiap orang belajar dari pengalaman nyerinya. Akan tetapi pengalam nyeri sebelumnya tidak selalu membuat individu mampu menerima nyeri dengan mudah.	Jika pasien telah sering mengalami episode nyeri tanpa pernah sembuh atau pasien mengalami nyeri yang berat, rasa cemas, atau bahkan takut dapat muncul. Sebaliknya jika pasien pernah mengalami nyeri yang sama berulang-ulang dan ia berhasil mengatasinya, akan lebih mudah bagi pasien untuk menginterpretasikan sensasi nyeri yang muncul. Dengan demikian, pasien akan lebih siap untuk melakukan tindakan yang

		diperlukan guna menghilangkan nyeri.
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit yang bersal dari dalam	Sumber nyeri tidak diketahui atau tidak diubah atau pengobatan terlalu lama atau efektif pasien sulit menentukan sumber-sumber karena pengindraan nyeri yang sudah lebih mendalam.
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, berkembang, dan tersembunyi (terselubung).
Durasi atau waktu yang berlangsung	Lamanya dalam hitungan menit dan transient (sampai 6 bulan)	Lamanya dalam hitungan bulan, > 6 bulan hingga beberapa tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri umumnya tidak diketahui dengan pasti. Pasien yang mengalami nyeri ini sering kali merasa takut dan khawatir berharap nyeri dapat segera teratasi. Nyeri ini dapat hilang setelah area yang mengalami gangguan kembali pulih.	Daerah yang nyeri tidak diketahui, sehingga intensitasnya menjadi sulit dievaluasi. Pasien yang mengalami nyeri ini sering merasa tidak aman karena mereka tidak tahu apa yang mereka rasakan. Dari hari ke hari pasien mengeluh mengalami kelelahan, insomnia, anoreksia, depresi, putus asa, dan sulit mengontrol emosi.
Gejala klinis	Pola-pola respons yang khas dengan gejala-gejala yang lebih jelas.	Pola-pola respons bervariasi. Terkadang pasien bisa mengalami remisi (gejala hilang sebagian atau seluruhnya) dan eksaserbasi (gejala makin parah).

Perjalanan	Penderita biasanya mengeluh berkurang setelah beberapa waktu lama.	Berlangsung terus atau intermitten, intensitas bervariasi atau tetap konstan.
Prognosis	Baik dan mudah untuk dihilangkan	Penyembuhan yang paling sempurna biasanya tidak mungkin.

### 2.2.2 Fisiologis Nyeri

Reseptor nyeri disebut nociceptor merupakan ujung-ujung syaraf bebas yang tidak bermielin atau sedikit bermielin dari neuron afferen. Nociceptor-nociceptor tersebar luas pada kulit dan mukosa dan terdapat pada struktur yang lebih dalam seperti visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Nociceptor memberi respon yang terpilih terhadap stimulasi yang membahayakan seperti stimulasi kimia, thermal, listrik atau mekanis. Yang tergolong stimulasi kimia terhadap nyeri adalah histamine, brakidinin, prostaglandin, bermacam-macam asam. Sebagian bahan tersebut dilepaskan oleh jaringan yang rusak. Anoksia yang menimbulkan nyeri adalah oleh kimia yang dilepaskan oleh jaringan anoksia yang rusak. Spasme otot menimbulkan nyeri karena menekan pembuluh darah yang menjadi anoksia. Pembengkakan jaringan menjadi nyeri karena tekanan (stimulasi mekanik) kepada nociceptor yang menghubungkan jaringan (Long dalam Padila, 2014).

### 2.2.3 Penyebab Nyeri

Menurut Mubarak dkk (2015), penyebab nyeri yaitu :

1. Trauma

- a. Mekanik, yaitu rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan luka.
  - b. Termal, yaitu nyeri yang timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas dan dingin. Misalnya uap air.
  - c. Kimia, yaitu timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.
  - d. Elektrik, yaitu timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.
  - e. Peradangan, yakni nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan seperti abses.
2. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah.
  3. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
  4. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
  5. Iskemi pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
  6. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

#### **2.2.4 Pengalaman Nyeri**

Menurut Mubarak dkk (2015), pengalaman nyeri seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal:

1. Makna Nyeri

Nyeri memiliki makna yang berbeda bagi setiap orang, juga untuk orang yang sama disaat yang berbeda. Umumnya, manusia memandang nyeri sebagai pengalaman yang negatif, walaupun nyeri juga memiliki aspek positif. Beberapa makna nyeri antara lain berbahaya atau merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misalnya infeksi).

## 2. Persepsi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa.

## 3. Toleransi Terhadap Nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan. Meskipun setiap orang memiliki pola penahan nyeri yang relatif stabil, tingkat toleransi berbeda tergantung pada situasi yang ada.

## 4. Reaksi Terhadap Nyeri

Nyeri Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang menanggapi dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi.

Sebagian orang merespons nyeri dengan menangis, mengerang dan menjerit-jerit, meminta pertolongan, gelisah di tempat tidur, atau berjalan mondar-mandir tak tentu arah untuk mengurangi rasa nyeri. Sementara yang lain tidur sambil menggemertakkan gigi, mengepalkan tangan, atau mengeluarkan banyak keringat ketika mengalami nyeri.

### **2.2.5 Faktor yang Memengaruhi Nyeri**

Menurut Mubarak dkk (2015), berikut faktor yang memengaruhi nyeri :

#### **1. Etnik dan nilai budaya**

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

#### **2. Tahap perkembangan**

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Anak-anak kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

#### **3. Lingkungan dan individu pendukung**

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat. Selain itu, dukungan keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.



#### 4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Meinhart dan Mc.Caffery mendeskripsikan 3 fase pengalaman nyeri sebagai berikut :

##### a. Fase antisipasi (terjadi sebelum nyeri diterima).

Fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran bidan dalam fase ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi pada pasien.

##### b. Fase sensasi (terjadi saat nyeri terasa)

Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri. Oleh karena nyeri itu bersifat subjektif, maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil, sebaliknya orang yang mentoleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Keberadaan enkefalin dan endorfin membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Kasus seperti itu tentunya membutuhkan bantuan perawat untuk membantu pasien mengkomunikasikan nyeri secara efektif.

##### c. Fase akibat (terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti)

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat

krisis, sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa paska nyeri. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

5. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertasi peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri.

6. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan dan tantangan. Maka nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

7. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

8. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respons nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap

dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

### **2.2.6 Cara Mengukur Intensitas Nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Mubarak, dkk, 2015)

#### **1. Hayward (1975)**

Mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya mencantumkan nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

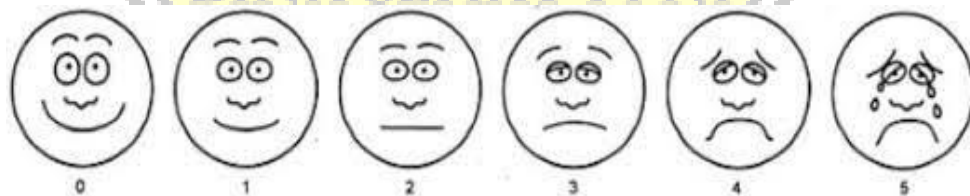
Tabel 2.2 Skala Nyeri menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktivitas yang biasa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

## 2. Skala Nyeri McGill (McGill Scale)

Mengukur intensitas nyeri dengan menggunakan 5 angka, yaitu :

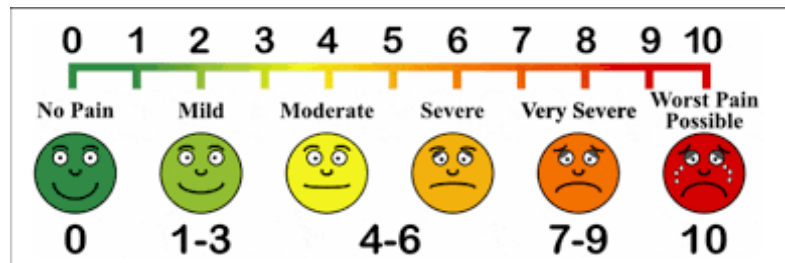
- 0 : tidak nyeri
- 1: nyeri ringan
- 2: nyeri sedang
- 3: nyeri berat
- 4: nyeri sangat berat dan
- 5: nyeri hebat.



Gambar 2.1 Skala Nyeri McGill (McGill Scale) (Sumber : Mubarak dkk.,2015)

## 3. Wong-Baker FACES Rating Scale

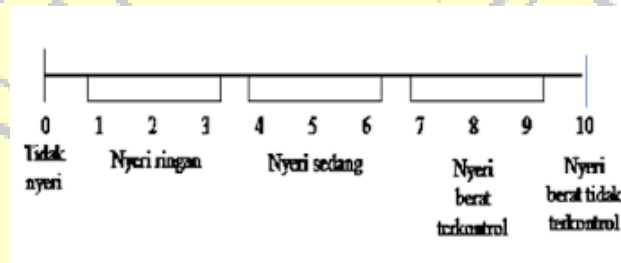
Ditujukan kepada pasien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui skala angka.



Gambar 2.2 Wong-Baker FACES Rating Scale (Sumber : Mubarak dkk.,2015)

4. Menurut smeltzer dan bare (2002), skala intensitas nyeri adalah sebagai berikut:

a. Skala intensitas nyeri deskriptif



Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal DeScriptor Scale-VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri atas 3 sampai 5 kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan pasien skala tersebut dan

meminta pasien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

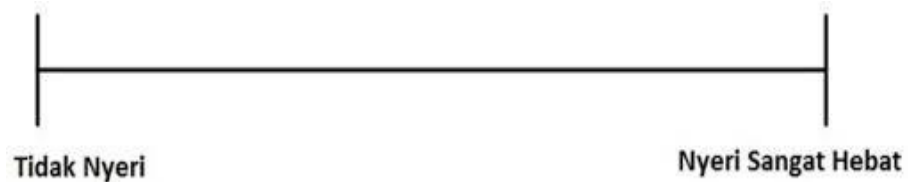
b. Skala Penilaian Nyeri Numerik



Gambar 2.4 Skala Penilaian Nyeri Numerik

Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scales) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992). Skala numerik paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah 46 diberikan teknik relaksasi progresif. Selain itu, selisih penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui dibanding skala yang lain.

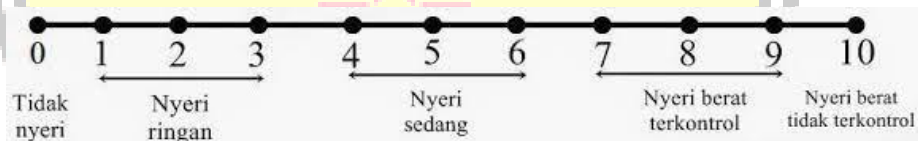
c. Skala Analog Visual



Gambar 2.5 Skala Analog Visual

Skala analog visual (Visual Analog Scale-VAS) tidak melabel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

d. Skala Menurut Bourbanis



Gambar 2.6 Skala Menurut Bourbanis

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik

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

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

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul. Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan banyak waktu saat pasien melengkapinya. Apabila pasien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bukan bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, melainkan juga mengevaluasi perubahan kondisi pasien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan.



## **2.3 Aromaterapi**

### **2.3.1 Pengertian**

Aromaterapi adalah suatu metode pengobatan yang menggunakan minyak esensial yang berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi dan kekuatan seseorang (solehati & Kosasi, 2015). Aromaterapi bekerja dengan cara merangsang sel-sel penciuman melalui sistem limbik dan hipotalamus, sehingga menimbulkan efek relaksasi dan nyaman (Style, 2006).

Aromaterapi menurut Puwandri, Rahmalia & Sabrian (2014) memiliki mekanisme kerja terhadap tubuh manusia yang berlangsung melalui dua sistem yaitu sirkulasi tubuh dan system penciuman.

Bitter orange (*C.Aurantium*) terdiri dari minyak esensial yang disebut dengan neroli. Kandungan dari citrus aurantium yaitu alimonene, inalool linalyl asetat, geranyyl asetat, geraniol, minyak ini memiliki efek menjadi resesive, antiseptic, anti-spasmodik dan obat penenang ringan meskipun aromaterapi menggunakan herbal lain telah menunjukkan efek pada metode pengurangan nyeri dan juga merangsang sistem saraf pusat meningkatkan mood menurunkan tekanan darah, sebagai obat penenang analgesic.

### **2.3.2 Manfaat Aromaterapi**

Mekanisme aromaterapi didalam tubuh berlangsung melalui dua sistem fisiologis yaitu sistem sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Bau merupakan suatu molekul yang mudah menguap ke udara dan akan masuk kerongga hidung

melalui penghirupan sehingga akan direkam oleh otak sebagai proses penciuman (Setyoadi&dan Kushariyadi, 2011).

Menurut Koensoemardiyah (2009) saat aromaterapi dihirup mekul yang mudah menguap dari minyak tersebut dibawa oleh arus udara ke “atap” hidung dimana silia-silia yang lembut muncul dan sel-sel reptur. Ketika molekul-molekul itu menempel pada rambut-rambut tersebut, suatu pesan elektrokimia akan ditransmisikan melalui saluran olfactory kedalam sistem limbik. Aromaterapi bitterorange dapat meningkatkan gelombang-gelombang alfa didalam otak dan gelombang inilah yang dapat membantu untuk menciptakan keadaan yang rileks (MaifriSCo,2008).

Menurut smith aromaterapi bitter orange meningkatkan suasana hati dan mengurangi kecemasan selama persalinan dengan merangsang penciuman dalam sistem limbik. Minyak atsiri yang diserap dengan menghirup efek enzim dan kanal ion dan reseptor dan akhirnya merangsang otak, mereka dapat mengurangi kecemasan memiliki efek antidepresan dan meningkatkan sirkulasi di otak. Usaha tubuh yang melalui inhalasi juga memungkinkan minyak ini untuk menyeberangi penghalang darah ke otak dan berinteraksi dengan reseptor sistem saraf pusat.

### **2.3.3 Mekanisme Aromaterapi Bitter Orange**

Kandungan utama dari aromaterapi bitter orange adalah linalyl asetat dan linalool. Linalool pada bitter orange merupakan kandungan aktif utama yang berperan pada efek anti cemas (relaksasi), wangi yang dihasilkan dari

aromaterapi bitter orange akan menstimulasi thalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami. Enkefalin merupakan neoromodulator yang berfungsi untuk menghambat nyeri fisiologis. Enkefalin sama halnya dengan endorfin yang dihasilkan secara alami oleh tubuh dan memiliki kemampuan untuk menghambat transmisi nyeri sehingga nyeri berkurang.

Cara kerja aromaterapi bitter orange dalam menurunkan nyeri post SC melalui sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Organ penciuman berhubungan langsung ke otak. Bau merupakan suatu molekul yang mudah menguap langsung ke udara. Apabila masuk rongga hidung melalui pernapasan, akan diterjemahkan oleh otak sebagai proses penciuman, penerimaan bau tersebut oleh saraf olfaktorik epitelium yang merupakan suatu reseptor yang berisi 20 juta ujung saraf. Saat aromaterapi dihirup, rambut getar yang ada di dalam hidung akan menghantarkan pesan balik ke seluruh tubuh melalui sistem sirkulasi. Pesan yang dihantar ke seluruh tubuh akan dikonversikan menjadi satu aksi dengan pelepasan substansi neurokimia yaitu berupa perasaan senang, tenang dan rileks sehingga aromaterapi bitter orange mampu mengurangi nyeri luka post SC.

#### **2.3.4 Cara Menggunakan Aromaterapi Bitter Orange**

Citrus aurantium atau yang dikenal dengan bitter orange (jeruk pahit) memiliki kandungan limonene, linalool, linalyl asetat, geraniol dan nerlyl acetate. Kassa yang telah direndam dalam larutan 4 ml, esensi citrus didekatkan

pada pasien selama 30 menit efektif menurunkan nyeri persalinan (Namazi,2014)

Minyak ini memiliki efek menjadi resise antiseptic, antispasmodic dan obat penenang ringan. Limonele ditemukan di bitter orange (citrus aurantium) minyak mengontrol siklooksigenase I dan II, mencegah aktivitas prostaglandin dan mengurangi rasa sakit (Nurhayati, 2020).

### 2.3.5 Standart Operasional Pemberian Aromaterapi Bitter Orange

#### 1. Indikasi

Diberikan pada pasien post SC  $\leq$  24 jam dengan skala nyeri ringan sedang

#### 2. Kontraindikasi

Klien yang memiliki alergi terhadap aromaterapi khususnya aromaterapi bitter orange

#### 3. Persipan alat dan bahan

- a. Aromaterapi bitter orange
- b. Tissue
- c. Sarung tangan

#### 4. Prosedur

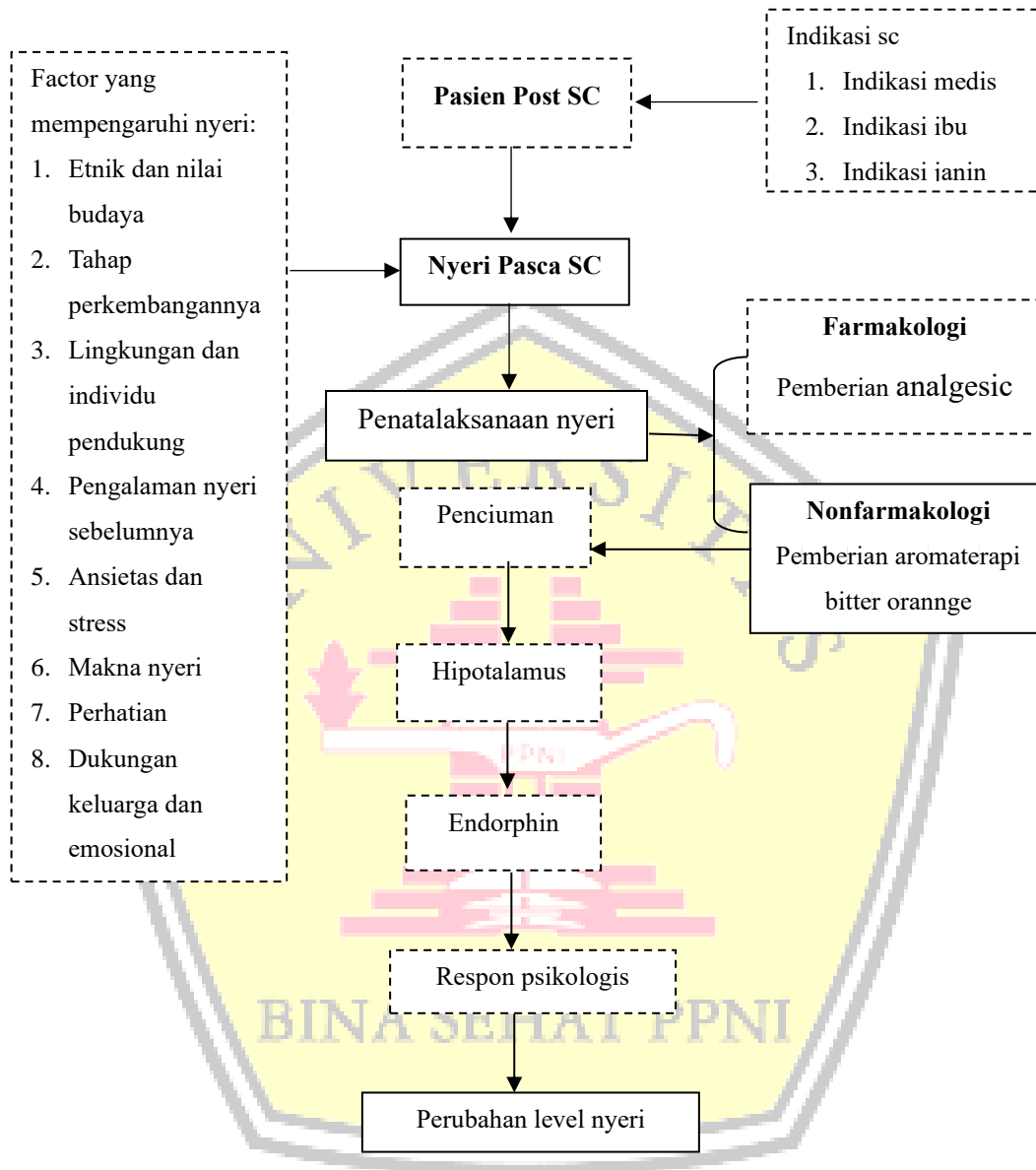
##### 1. Preinteraksi

- 1) Cek catatan kebidanan dan catatan medis klien
- 2) Identifikasi faktor atau yang dapat menyebabkan kontraindikasi
- 3) Siapkan alat dan bahan

##### 2. Tahap orientasi

- 1) Beri salam terapeutik dan panggilan klien dengan namanya dan memperkenalkan diri
  - 2) Menanyakan keluhan klien
  - 3) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien
  - 4) Beri kesempatan klien untuk bertanya
  - 5) Pengaturan posisi yang nyaman bagi klien
3. Tahap kerja
- 1) Jaga privasi klien
  - 2) Atur posisi klien senyaman mungkin
  - 3) Lakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan
  - 4) Teteskan 3 teets aromaterapi bitter orange pada tissue
  - 5) Anjurkan klien untuk menghirup aromaterpi bitter orange selama 15 menit
  - 6) Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisi nyaman untuk klien
  - 7) Alat-alat dirapikan
  - 8) Cuci tangan
4. Terminasi
- 1) Evaluasi hasil kegiatan
  - 2) Berikan umpan balik positif
  - 3) Salam terapeutik untuk mengakhiri intervensi

## 2.4 Kerangka Teori



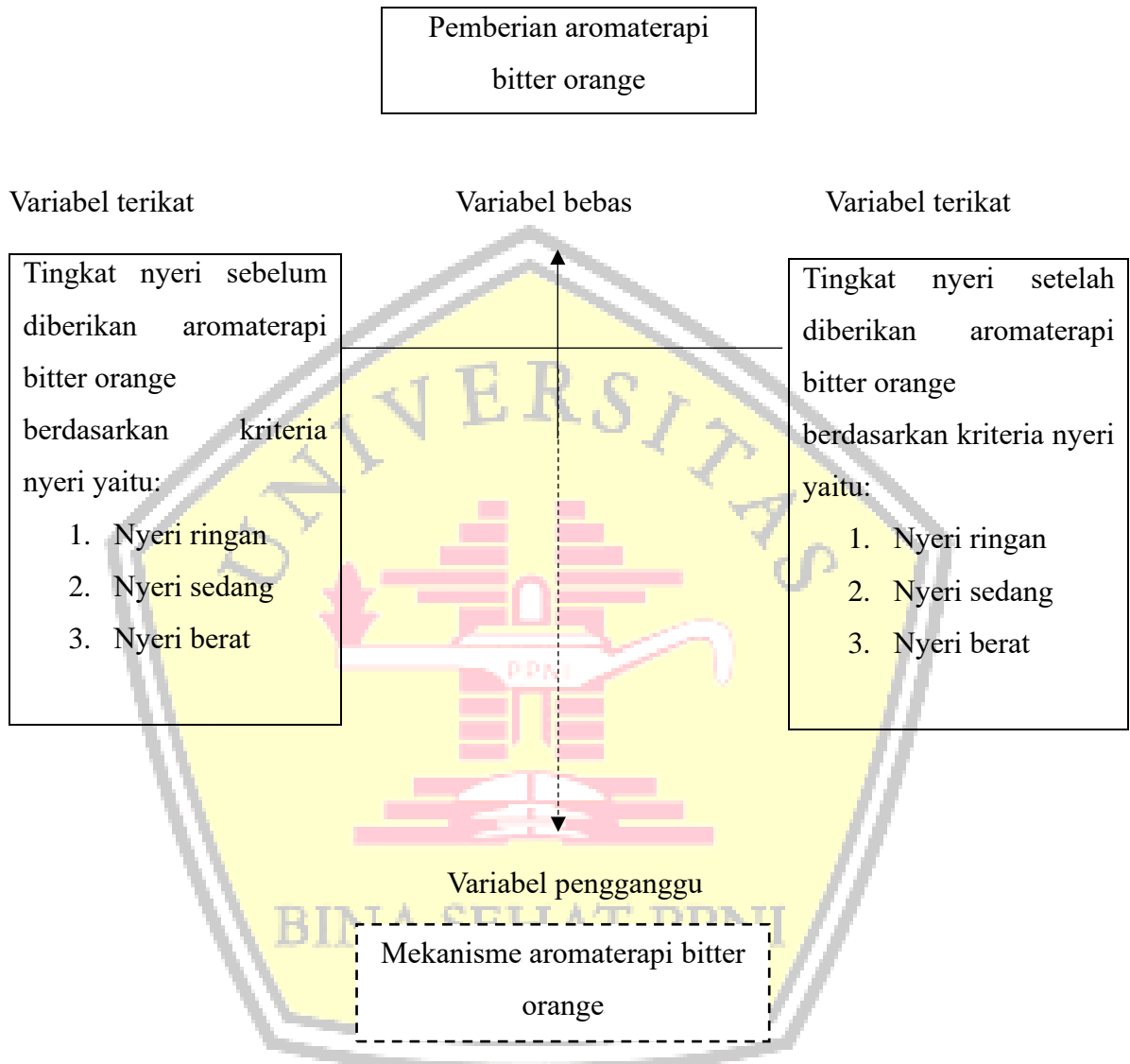
Gambar 2.7 Kerangka Teori

Keterangan :

: Diteliti

: Tidak Diteliti

## 2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.8 Kerangka Konsep

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Penjelasan :

Dalam penelitian ini yang diteliti adalah pasien post SC  $\leq 24$  jam yang masih diberikan analgesic. Proses dalam penelitian ini adalah nyeri luka post SC. Adapun factor yang mempengaruhi nyeri post SC adalah etnik dan nilai budaya, tahap perkembangannya, lingkungan dan individu pendukung, pengalamam nyeri sebelumnya, ansietas dan stress, makna nyeri, perhatian serta dukungan keluarga dan emosional. Penatalaksanaan nyeri ada 2 cara yaitu secara farmakologi dan nonfarmakologi. Yang diteliti adalah penurunan nyeri secara nonfarmakologi dengan pemberian aromaterapi. Pemberian aromaterapi bitter orange diharapkan dapat menurunkan nyeri luka post SC.

## 2.6 Hipotesis

- H1 : Ada pengaruh pemberian aromaterapi bitter orange terhadap penurunan tingkat nyeri pasien post SC di Rumah Sakit Sahabat Sukorejo
- Ho : Tidak ada pengaruh pemberian aromaterapi bitter orange terhadap penurunan tingkat nyeri pasien post SC di Rumah Sakit Sahabat Sukorejo