

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Nyeri Post Operasi *Sectio Caesarea***

##### **2.1.1 Pengertian Nyeri Post Operasi *Sectio Caesarea***

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan (Sofiyah, L., Ma'rifah, A. R., & Susanti, I. H. 2014). Nyeri tidak selalu berhubungan dengan derajat kerusakan jaringan yang dijumpai. Namun bersifat individual yang dipengaruhi oleh genetik, latar belakang kultural, umur dan jenis kelamin (Kurniawan, S. N, 2015).

Nyeri post operasi *sectio caesarea* merupakan nyeri yang dirasakan pasien pada luka operasi *sectio caesarea*. Luka post operasi menimbulkan nyeri disebabkan adanya perubahan kontinuitas jaringan karena pembedahan. Sehingga setelah pasien menjalani tindakan pembedahan, sebagian besar luka operasi akan menimbulkan nyeri.

##### **2.1.2 Fisiologi Nyeri**

Mekanisme terjadinya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *persepsi* (Bahrudin. M, 2017).

#### **1. Transduksi**

Merupakan suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe

serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi (Bahrudin. M, 2017).

## **2. Transmisi**

Merupakan suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal (Bahrudin. M, 2017).

## **3. Modulasi**

Adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti *mu*, *kappa*, dan *delta* dapat ditemukan di kornu dorsalis. Sistem nosiseptif juga mempunyai jalur descending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah (midbrain) dan medula oblongata, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis (Bahrudin. M, 2017).

#### 4. Persepsi

Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *Nociseptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen (Bahrudin. M, 2017).

##### 2.1.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang memengaruhi respons nyeri adalah sebagai berikut menurut jurnal penelitian Wijaya, I Putu Artha (2016) antara lain:

###### 1. Usia

Semakin tua usia responden semakin tinggi intensitas nyeri yang dirasakan. Intensitas nyeri lebih tinggi pada pasien usia lebih tua dari pada pasien dewasa muda.

###### 2. Jenis Kelamin

Laki-laki mengalami intensitas nyeri lebih tinggi dari pada wanita. Sedangkan secara teori menyatakan laki-laki memiliki sensitifitas yang lebih rendah (kurang mengekspresikan nyeri yang dirasakan secara berlebihan) dibandingkan wanita atau kurang merasakan nyeri.

###### 3. Spritualitas

Pada spritualitas baik lebih tinggi daripada spritualitas kurang. Mempersepsikan Tuhan atau Kekuatan Spritualitas membantu mereka

mengatasi rasa sakit dan sebagai sumber kebahagiaan, koneksi, dan makna hidup. Selain itu didalam teori juga menyatakan mendoakan adalah bagian dari terapi spiritualitas yang merupakan tindakan untuk mengurangi rasa sakit. Keyakinan kepada Yang Maha Kuasa bisa ampuh mengobati seperti halnya obat-obatan (Pusdiknakes (2005) dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

#### 4. Budaya

Setiap orang dengan budaya yang berbeda akan mengatasi nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Orang yang mengalami intensitas nyeri yang sama mungkin tidak melaporkan atau berespon terhadap nyeri dengan cara yang sama. Ada perbedaan makna dan sikap yang dikaitkan dengan nyeri pada berbagai budaya. Budaya mempengaruhi seseorang bagaimana cara toleransi terhadap nyeri, menginterpretasikan nyeri, dan bereaksi secara verbal atau non verbal terhadap nyeri (LeMone Burke (2008) dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

#### 5. Tingkat Pendidikan

Nyeri pasien pasca bedah abdomen pada tingkat pendidikan tinggi lebih tinggi daripada tingkat pendidikan rendah dan menengah. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka seseorang telah mengalami proses belajar yang lebih sering, dengan kata lain tingkat pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar (Notoatmodjo (2012) dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

#### 6. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pada pengalaman nyeri sebelumnya tidak pernah mengalami nyeri sebelumnya lebih tinggi daripada responden yang pernah mengalami nyeri sebelumnya. Responden yang pernah mengalami nyeri sebelumnya memiliki intensitas nyeri yang lebih rendah dibandingkan yang tidak pernah mengalami nyeri sebelumnya, karena nyeri sebelumnya berhasil dihilangkan, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter Perry (2006) dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

#### 7. Sikap dan Keyakinan Tentang Nyeri

Pada sikap dan keyakinan positif memiliki intensitas nyeri lebih tinggi dari pada sikap dan keyakinan negatif. Sikap dan keyakinan terhadap nyeri dapat mempunyai pengaruh yang kuat tentang bagaimana nyeri dirasakan dan cara pengelolaan nyeri. Pengenalan terhadap nyeri memungkinkan individu untuk membuat keputusan kapan nyeri memberikan tanda potensial berbahaya, atau kerusakan jaringan, dan sumber apa atau derajat nyeri dapat dianggap aman (Unruh Henrikson (2005) dalam Wijaya I Putu Artha, 2016).

#### **2.1.4 Pengkajian Nyeri**

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji beberapa aspek antara lain: penentuan ada tidaknya nyeri, faktor-faktor yang memengaruhi nyeri, pengalaman nyeri, ekspresi nyeri, karakteristik nyeri, ekspresi nyeri, respons dan efek nyeri (fisiologis, perilaku, dan pengaruhnya terhadap ADL), persepsi terhadap nyeri dan mekanisme adaptasi terhadap nyeri (Sulistyo, A, 2016).

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengetahui karakteristik nyeri (PQRST) yang akan membantu pasien mengungkapkan keluhannya secara lengkap yaitu sebagai berikut:

1. *Provocate/palliates* (P)

Mengkaji tentang penyebab nyeri dan yang dapat mengurangi serta memperberat nyeri (Sulistyo, A, 2016).

2. *Quality* (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk, dll (Prasetyo, 2010).

3. *Region* (R)

Mengkaji lokasi nyeri dengan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, namun nyeri yang dirasakan pasien bisa bersifat difus (menyebar) (Prasetyo, 2010).

4. *Severity*(S)

Mengkaji tingkat keparahan nyeri dengan menggambarkan nyeri yang dirasakan dari rentang skala 1-10 yaitu mulai dari nyeri ringan, sedang, dan berat (Sulistyo, 2016).

5. *Time* (T)

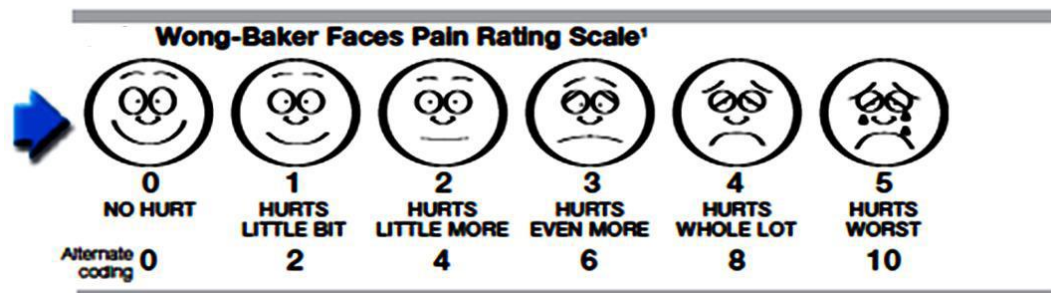
Mengkaji awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan: “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”,

“Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?”,  
 “Seberapa sering nyeri kambuh?” (Sulistyo, 2016).

### 2.1.5 Pengukuran Respons Intensitas Nyeri

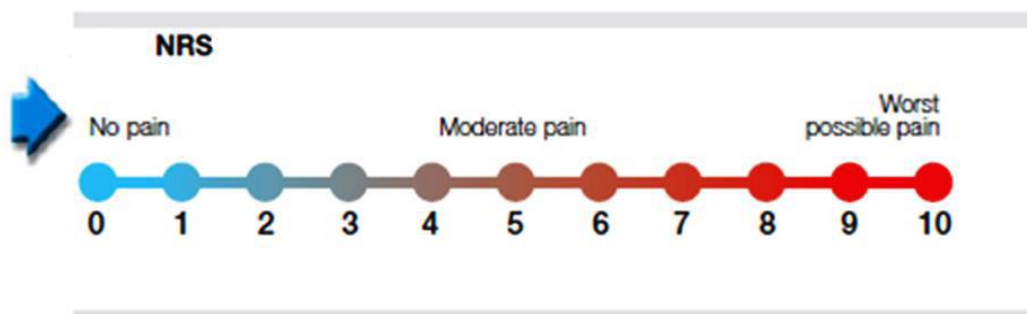
Menurut Arisetijono, E., Husna, M., Munir, B., & Rahmawati, D. (2015), penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri paska pembedahan yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan.

1. Pengukuran skala nyeri dengan Wong-Baker Faces Pain Rating Scale



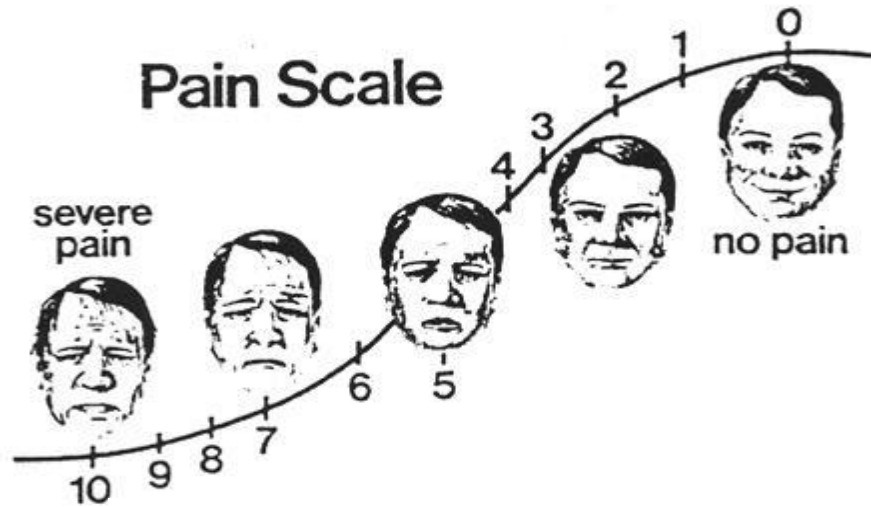
Gambar 2.1 Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

2. Pengukuran skala nyeri dengan Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 2.2 Numerical Rating Scale

### 3. Pengukuran skala nyeri dengan Visual Analog Scale



Gambar 2.3 Visual Analog Scale

#### 2.1.6 Strategi Manajemen Nyeri

Penanganan nyeri paska pembedahan yang efektif harus mengetahui patofisiologi dan *pain pathway* sehingga penanganan nyeri dapat dilakukan dengan cara farmakoterapi (multimodal analgesia), pembedahan, serta juga terlibat didalamnya perawatan yang baik dan teknik non-farmakologi (fisioterapi, psikoterapi).

##### 1. Farmakologis

Modalitas analgetik paska pembedahan termasuk didalamnya analgesik oral parenteral, blok saraf perifer, blok neuroaksial dengan anestesi lokal dan opioid intraspinal. Pemilihan teknik analgesia secara umum berdasarkan tiga hal yaitu pasien, prosedur dan pelaksanaannya. Ada empat grup utama dari obat-obatan analgetik yang digunakan untuk penanganan nyeri paska pembedahan. Selain analgetik penanganan secara



farmakologis juga dapat menggunakan NSAID dan obat tambahan (adjuvan).

## 2. Non-Farmakologis

Ada beberapa metode metode non-farmakologi yang digunakan untuk membantu penanganan nyeri paska pembedahan, seperti menggunakan terapi fisik (dingin, panas) yang dapat mengurangi spasme otot, akupunktur untuk nyeri kronik (gangguan muskuloskeletal, nyeri kepala), terapi psikologis (musik, hipnosis, terapi kognitif, terapi tingkah laku, terapi relaksasi) dan rangsangan elektrik pada sistem saraf (TENS, *spinal cord stimulation, intracerebral stimulation*), dan mobilisasi dini.

### **2.2 Konsep Terapi Genggam Jari**

#### **2.2.1 Pengertian Terapi Genggam Jari**

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry 2005, p.1528 dalam Sulung, N., & Rani, S. D. 2017).

Teknik relaksasi jari genggam adalah metode relaksasi dengan memegang masing-masing kelima jari satu persatu. sekitar 3 sampai 5 menit saat pasien merasakan nyeri. Prosedurnya diberikan dengan berbaring di tempat tidur dengan mata tertutup dan bernapas dalam-dalam. Pegang jari satu per satu, jempol ke jari kelingking / kelingking sekitar 2-3 menit setiap jari (Hoaglund, 2009 dalam Yulastuti, C. 2015).

Berdasarkan teori-teori diatas maka dapat disimpulkan bahwa Terapi relaksasi genggam jari adalah suatu terapi non-farmakologis yang menekankan pada kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress yang bertujuan untuk mengontrol diri ketika merasa tidak nyaman atau nyeri dengan cara memegang kelima jari secara bergantian satu persatu.

### **2.2.2 Prosedur Terapi Genggam Jari**

Menurut Sulung, N., & Rani, S. D. (2017), terapi relaksasi genggam jari dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Perawat memperkenalkan diri dan menjalin hubungan saling percaya dengan pasien
2. Perawat menjelaskan secara singkat tentang prosedur yang akan dilakukan dan menjelaskan kontrak waktu
3. Perawat meminta persetujuan kepada pasien untuk kesediaan pasien dalam melakukan tindakan
4. Perawat melakukan pengkajian Tanda-Tanda Vital dan pengkajian nyeri PQRST yaitu:
  - 1) P (Provokatif) : Penyebab timbulnya nyeri
  - 2) Q (Quality) : Kualitas nyeri (seperti ditusuk/diremas)
  - 3) R (Region) : Lokasi terjadinya Nyeri
  - 4) S (Skala) : Skala nyeri
  - 5) T (Timing) : Waktu timbulnya nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan

5. Posisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot
6. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut
7. Pasien diminta unuk mengatur nafas dengan hitungan mundur.
8. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan napas secara teratur dan kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama
9. Setelah kurang lebih 15-25 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain
10. Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari 3 kali dalam sehari dengan dibantu oleh wali/keluarga pasien
11. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan responden melakukan tehnik relaksasi genggam jari
12. Evaluasi tindakan yang telah dilakukan dengan melakukan kembali pengkajian nyeri terutama pada skala nyeri. Kaji perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tindakan
13. Catat dan dokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan

### **2.2.3 Mekanisme Kerja Terapi Genggam Jari**

Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggaman jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (*energy channel*) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi

pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Puwahang, 2011 ; Andika 2006 dalam Sulung, N., & Rani, S. D. 2017).

## **2.3 Konsep Mobilisasi Dini**

### **2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini**

Mobilitas atau mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi dibutuhkan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (terutama penyakit degeneratif), dan aktualisasi diri (Saputra, 2013).

Mobilisasi dini pada pasien post operasi merupakan kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Mobilisasi dini merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah dan dapat mencegah komplikasi pasca bedah (Susilo, 2016).

### **2.3.2 Prosedur Mobilisasi Dini**

Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan, meliputi :

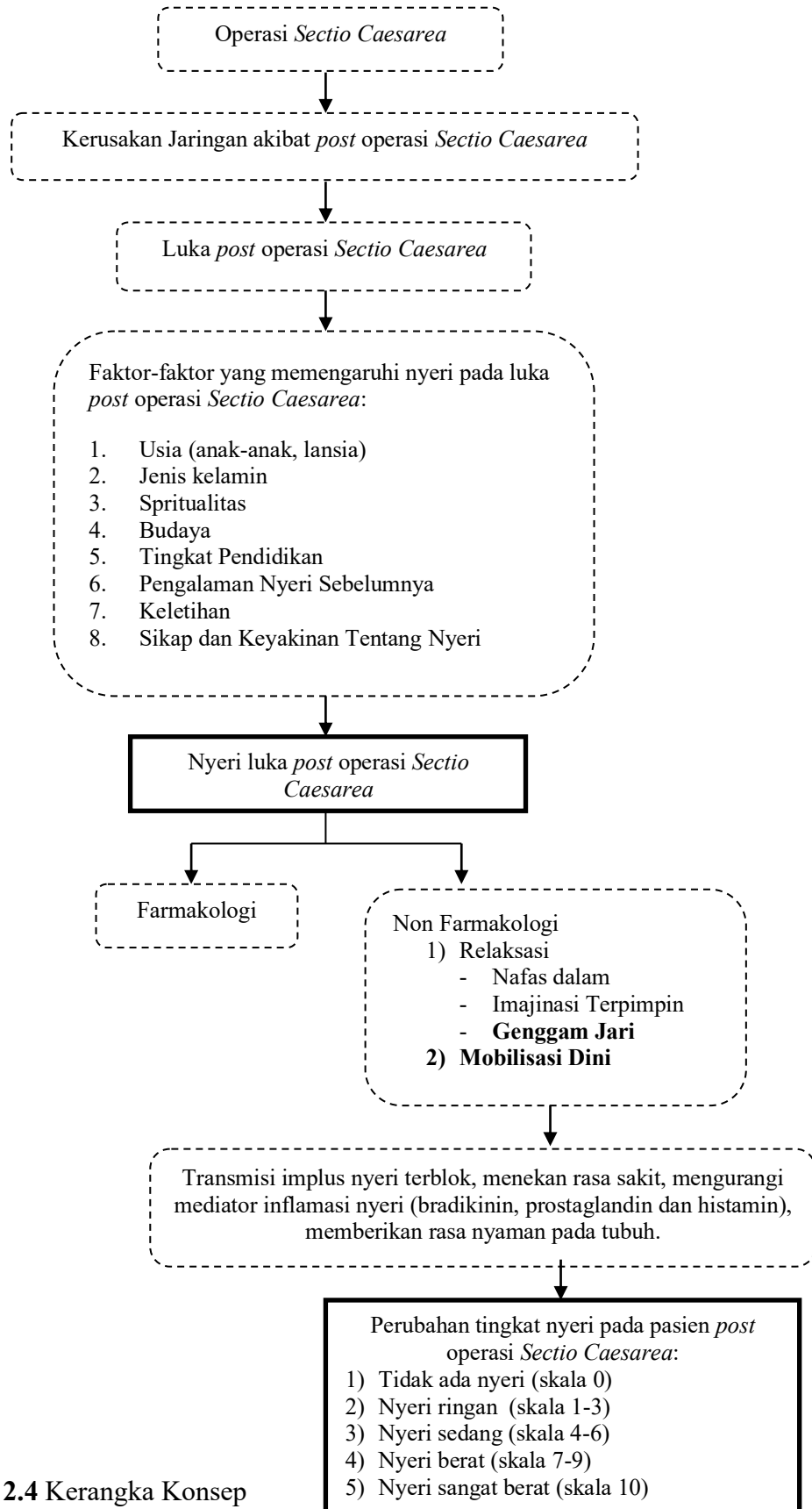
1. Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.
2. Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
3. Pada hari ke 3 - 5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri (Suryani, 2014).

### **2.3.3 Mekanisme Kerja Mobilisasi Dini**

Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu paska operasi akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan, dengan bergerak, masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat dipersingkat. Dengan bergerak, hal ini akan mencegah kekakuan otot dan 17 sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka (Suryani, 2014).

Menurut Caecilia, R. Y., & Pristahayuningtyas, Murtaqib, S. (2016). mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi, A. T, & Hidayati, (2020), mobilisasi dini juga memiliki efek terapeutik, yaitu dengan caramenurunkan diameter konduksi saraf yang akhirnya akan menurunkan persepsi nyeri, mengurangi respon peradangan pada jaringan, mengurangi aliran darah dan edema. Secara tidak langsung mobilisasi dini mengurangi mediator-mediator inflamasi yang mengaktivasi dan mensensitisasi ujung-ujung saraf nyeri sehingga nyeri yang di persepsikan berkurang.

## 2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep