

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Efektivitas

2.1.1 Definisi Efektivitas

Kata efektif berasal dari kata bahasa Inggris yaitu *effective* yang memiliki arti berhasil atau sesuatu yang dilakukan berhasil dengan baik. Berdasarkan kamus ilmiah populer efektivitas berarti ketepatan penggunaan, hasil guna atau menunjang tujuan. Efektivitas merupakan unsure pokok untuk mencapai tujuan atau sasaran yang telah ditentukan dalam setiap organisasi, kegiatan, ataupun program. Segala hal disebut efektif apabila tercapai tujuan ataupun sasaran seperti yang telah ditentukan (Rosalina, 2012)

Efektivitas adalah suatu kegiatan yang menunjukkan keberhasilan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Efektivitas juga berarti lebih melihat kepada hasil akhir atau *output* sehingga apabila hasil akhirnya tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan tidak pula memberikan efek atau pengaruh terhadap sasaran yang telah dituju, maka tidak bisa dikatakan efektif (Mukhtar et al., 2016)

2.2 Konsep Mobilisasi Dini

2.2.1 Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah kemampuan seseorang untuk mulai bergerak secara bebas, mudah, teratur, dan bertahap dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian, kesehatan, dan menghambat proses penyakit degenerative serta untuk aktualisasi diri (Mubarak et al., 2015).

Mobilisasi dini merupakan suatu tahapan kegiatan yang dilakukan oleh pasien dengan segera pasca operasi mulai dari bangun, duduk, turun dari tempat tidur, berdiri, dan mulai berjalan baik dengan bantuan alat ataupun tidak (Prayitno & Haryati, 2013). Pengertian lain dari mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk sesegera mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidur dan membimbing pasien sesegera mungkin berjalan (Rini & Kumala, 2017).

2.2.2 Manfaat Mobilisasi Dini

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 (Hidayat, 2012)

Mobilisasi dini dapat membantu memulihkan kondisi pasien post operasi karena dapat membuat pasien merasa lebih sehat dan kuat.

Dengan bergerak maka otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perut dan panggul menjadi lebih kuat yang dapat mengurangi rasa sakit dan mempercepat kesembuhan. Manfaat lain yang akan dirasakan oleh pasien yang melakukan mobilisasi dini yaitu faal usus dan kandung kemih kembali menjadi lebih baik. Mobilisasi dini membantu mempercepat kembalinya organ tubuh bekerja seperti semula serta mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli (Hidayat, 2012).

Menurut (Fajri, 2016) mobilisasi dini membuat pasien sembuh secara baik dan cepat, mengurangi risiko infeksi, dan mempercepat lama hari di rumah sakit. Selain itu, semakin awal pasien melakukan mobilisasi, maka semakin baik dan cepat pula penyembuhan lukanya.

Adapun manfaat mobilisasi dini menurut (Mubarak et al., 2015) adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernafasan
 - 1) Mencegah atelektase dan pneumonia hipostatis
 - 2) Meningkatkan kesadaran mental
 - 3) Meningkatkan aliran oksigen ke otak
2. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
 - 1) Menurunkan tingkat nyeri
 - 2) Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal
 - 3) Mencegah trombophlebitis
 - 4) Memudahkan penyerapan nutrisi untuk penyembuhan luka

3. Meningkatkan potensi berkemih
 - 1) Mencegah terjadinya retensi urin
4. Meningkatkan metabolisme
 - 1) Mencegah berkurangnya tonus otot
 - 2) Mengembalikan keseimbangan nitrogen
5. Meningkatkan peristaltik
 - 1) Memudahkan terjadinya flatus
 - 2) Mencegah distensi abdominal
 - 3) Mencegah nyeri akibat adanya gas di usus
 - 4) Mencegah konstipasi
 - 5) Mencegah ileus paralitik

2.2.3 Faktor yang Memengaruhi Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Gaya hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikan. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti perilaku yang meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilisasi, dengan pengetahuan yang memadai seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat

2. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Hal itu akan mengakibatkan seseorang tidak mampu untuk melakukan mobilisasi. Secara umum, ketidakmampuan dibedakan menjadi dua yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit. Adanya penyakit tertentu akan memengaruhi proses mobilisasi seseorang. Demikian halnya dengan orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa takut sakit atau nyeri menjadi alasan mereka untuk cenderung bergerak lebih lambat. Sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat ketidakmampuan primer misalnya kelemahan otot dan tirah baring.

3. Kebudayaan

Kebudayaan dapat memengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktivitas. Misalnya pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan bisa robek dan tidak jadi sembuh

4. Tingkat energi

Energi dibutuhkan dalam segala hal termasuk dalam melakukan mobilisasi dini. Energi yang dibutuhkan seseorang untuk melakukan pergerakan sangat bervariasi. Ada yang cenderung menghindari *stressor* untuk mempertahankan kesehatan

fisik dan psikologis. Seseorang yang sedang sakit jelas membutuhkan energi untuk melakukan mobilisasi dan akan berbeda dengan orang yang dalam keadaan sehat.

5. Usia dan status perkembangan

Usia memiliki pengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Tingkat kemampuan mobilisasi seorang anak akan berbeda dengan seorang remaja. Pada lansia kemampuan aktivitas dan mobilisasi akan menurun sejalan dengan proses penuaan (Hidayat, 2012).

2.2.4 Tahapan Mobilisasi Dini

Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien post *sectio caesarea* (SC), yaitu:

1. Dimulai 6-8 jam setelah ibu sadar, dapat dilakukan gerakan telapak kaki secara ringan apabila efek anestesi sudah mereda, kemudian dapat dilanjutkan miring ke kanan dan ke kiri. Latihan pernapasan dapat dilakukan ibu sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.
2. Pada hari pertama atau setelah 24 jam post *sectio caesarea*, ibu dapat duduk dan dianjurkan untuk bernapas dalam-dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernapasan dan sekaligus menumbuhkan

kepercayaan pada diri ibu bahwa ia mulai pulih, kemudian posisi tidur terlentang diubah menjadi setengah duduk.

3. Pada hari ke-2 dan selanjutnya secara berturut-turut, hari demi hari ibu dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berdiri kemudian berjalan dengan bantuan. Selanjutnya secara berturut-turut belajar berjalan sendiri dan melakukan aktivitas yang ringan, sampai saat ibu diperbolehkan pulang setelah operasi (Ratmiwasi et al., 2017).

2.2.5 Dampak Tidak Dilakukan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan komponen penting dalam perawatan pasca operasi karena jika pasien membatasi pergerakannya di tempat tidur dan sama sekali tidak melakukan mobilisasi, maka pasien akan semakin sulit untuk memulai berjalan (Kozier, 2010). Adapun dampak lain jika pasien *post operasi sectio caesarea* tidak melakukan mobilisasi dini adalah terjadinya peningkatan suhu tubuh yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya infeksi, perdarahan abnormal, dan involusi uterus yang tidak baik (Han et al., 2019).

Menurut (Mubarak et al., 2015) masalah yang terjadi apabila tidak melakukan mobilisasi dini adalah :

1. Sistem muskuloskeletal

Masalah yang timbul pada sistem muskuloskeletal apabila tidak dilakukan mobilisasi dini adalah atrofi otot, kekakuan, dan nyeri sendi

2. Eliminasi urine

Jika seseorang tidak melakukan mobilisasi dengan segera maka pengosongan urine akan terhambat dan mengakibatkan statis urine. Kondisi ini juga menyulitkan upaya seseorang untuk melemaskan otot perineum pada saat berkemih. Tonus otot kandung kemih juga menurun sehingga menghambat kemampuan mengosongkan kandung kemih secara tuntas

3. Gastrointestinal

Imobilisasi memengaruhi tiga fungsi sistem pencernaan, yaitu fungsi ingesti, digesti, dan eliminasi. Masalah yang umum ditemukan pada individu yang tidak mau melakukan mobilisasi dini adalah konstipasi. Hal ini dikarenakan menurunnya peristaltik dan motilitas usus. Jika konstipasi terus terjadi maka feses akan sangat keras dan dibutuhkan upaya yang kuat untuk mengeluarkannya

4. Respirasi

Seseorang yang tidak melakukan mobilisasi dini, lebih rentan mengalami penurunan gerak nafas, penumpukan secret, dan atelektasis

1) Penurunan gerak nafas

Penurunan gerak nafas dikarenakan oleh pembatas gerak, hilangnya koordinasi otot, dan jarangnyanya otot-otot digunakan

2) Penumpukan sekret

Sekret pada saluran nafas normalnya dikeluarkan dengan perubahan posisi, namun jika seseorang tidak melakukan mobilisasi maka sekret akan terkumpul dijalan nafas.

3) Atelektasis

Atelektasis merupakan suatu kondisi dimana paru-paru gagal untuk mengembang secara sempurna. Jika seseorang berada dikondisi imobilisasi maka perubahan aliran darah menurunkan produksi surfaktan ditambah dengan sumbatan sekret dijalan nafas, maka mengakibatkan terjadinya *atelektasis*

5. Kardiovaskuler

Seseorang yang lamban dalam melakukan mobilisasi dini akan lebih mudah mengalami penurunan suplai darah ke tubuh sehingga menyebabkan pembentukan thrombus, edema, hipotensi, dan sebagainya

6. Metabolisme

Mobilisasi diperlukan untuk mengantisipasi terjadinya penurunan laju metabolisme, ketidakseimbangan nitrogen, dan anoreksia

1) Penurunan laju metabolisme

Kondisi imobilisasi menyebabkan motilitas usus dan menurunnya sekresi kelenjar digestif. Hal itu menyebabkan menurunnya laju metabolisme dalam tubuh menurun

2) Balance nitrogen negative

Imobilisasi menyebabkan ketidakseimbangan proses anabolisme dan katabolisme protein. Dalam hal ini proses katabolisme melebihi anabolisme akibatnya jumlah nitrogen yang diekskresikan meningkat dan menyebabkan balance nitrogen negatif

3) Anoreksia

Penurunan nafsu makan terjadi akibat penurunan laju metabolisme. Jika asupan protein berkurang kondisi ini bisa menyebabkan ketidakseimbangan nitrogen yang dapat berlanjut pada status malnutrisi

7. Integumen

Mobilisasi yang tidak dilakukan sedini mungkin menyebabkan perpindahan cairan tidak lancar yang dapat mengganggu kesehatan dermis dan jaringan subkutan yang dapat mengakibatkan penurunan elastisitas kulit

8. Neurosensorik

Ketidakmampuan merubah posisi menyebabkan terhambatnya sensorik sehingga menimbulkan perasaan lelah dan mudah bingung

9. Gangguan psikologis

Secara psikologis, apabila seseorang lamban untuk melakukan gerakan menyebabkan penurunan motivasi,

kemunduran kemampuan dalam memecahkan masalah, dan perubahan konsep diri.

2.3 Konsep Relaksasi Benson

2.3.1 Definisi Relaksasi Benson

Relaksasi benson adalah pengembangan metode relaksasi pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan pada diri seseorang untuk membantu mencapai kesehatan yang lebih baik (Pratiwi et al., 2016). Menurut (Solehati & Cecep, 2015) relaksasi benson merupakan gabungan antara teknik relaksasi napas dalam dan sistem keyakinan individu. Keyakinan dapat berupa nama Tuhan atau kata lain yang memiliki makna dan menenangkan bagi individu

2.3.2 Manfaat Relaksasi Benson

Relaksasi benson merupakan salah satu metode relaksasi yang mudah dilakukan dan tidak memiliki efek samping apapun. Kelebihan dari relaksasi benson ini adalah lebih mudah dilakukan, menekan biaya pengobatan, dan dapat mencegah stress (isnaeni, ana pertiwi, and iriantom, 2012). Menurut (Solehati & Cecep, 2015) manfaat relaksasi benson adalah sebagai berikut :

1. Mengatasi tekanan darah tinggi
2. Mengatasi ketidakteraturan jantung
3. Menurunkan intensitas nyeri
4. Mengatasi gangguan tidur
5. Mengurangi kecemasan

6. Meningkatkan ventilasi alveoli
7. Memelihara pertukaran gas
8. Mencegah atelektasi paru
9. Meningkatkan efisiensi batuk

2.3.3 Elemen Dasar Relaksasi Benson

Empat elemen dasar yang harus diperhatikan supaya relaksasi benson berhasil adalah :

1. Lingkungan yang nyaman, aman, dan menenangkan
2. Pasien sadar dan dapat melemaskan otot-otot tubuh
3. Pasien dapat berkonsentrasi penuh terhadap keyakinan yang dipilih
4. Pasien bersikap pasif terhadap pikiran yang mengganggu.

Oleh karena itu, perawat harus dapat membantu pasien agar dapat memenuhi keempat elemen dasar diatas agar keberhasilan relaksasi benson dapat tercapai (Solehati & Cecep, 2015).

2.3.4 Teknik Relaksasi Benson

Langkah-langkah relaksasi benson terdiri dari sebagai berikut :

1. Langkah pertama

Langkah pertama yang dilakukan dalam melakukan relaksasi benson adalah pemilihan satu kata atau ungkapan singkat sesuai dengan keyakinan pasien. Pemilihan kata dilakukan oleh pasien sendiri dan bukan dari orang lain.

2. Langkah kedua

Langkah kedua yang dilakukan adalah mengatur posisi dengan. Posisi ditawarkan kepada pasien apakah dilakukan dengan duduk atau berbaring agar pasien merasa nyaman dan tidak tegang

3. Langkah ketiga

Pasien diminta untuk memejamkan mata dengan wajar dan tidak terlalu kuat tanpa mengeluarkan banyak tenaga

4. Langkah keempat

Pasien melemaskan otot secara bertahap supaya pasien tidak merasa tegang

5. Langkah kelima

Setelah pasien melemaskan otot maka pasien diminta untuk menarik hnapas melalui hidung dan memusatkan kesadaran pada pengembangan perut lalu mengeluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sembari mengucapkan kata yang sudah dipilih pada langkah pertama. Kata diucapkan secara berulang-ulang dalam hati bukan dari mulut.

6. Langkah keenam

Langkah berikutnya yaitu mempertahankan sikap pasif dan pasrah. Hal tersebut dilakukan guna untuk menghindari ketegangan. Pasien dianjurkan untuk fokus pada kata-kata atau ungkapan yang telah mereka pilih. Pasien dianjurkan untuk

mengabaikan suara-suara yang datang dari luar serta dianjurkan untuk tidak terlalu banyak pikiran

7. Langkah ketujuh

Memperhatikan waktu pelaksanaan relaksasi benson. Relaksasi benson selama 10-20 menit atau sesuai keinginan pasien dan kesibukan tim kesehatan. Selain itu frekuensi pelaksanaan relaksasi benson sebaiknya dilakukan setiap pagi dan sore hari agar tidak mengganggu istirahat pasien (Solehati & Cecep, 2015).

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Pengertian nyeri menurut *International Association for Study of Pain* (IASP) nyeri adalah suatu pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan dan terjadi akibat kerusakan jaringan secara aktual maupun potensial. Nyeri juga merupakan sensasi peringatan bagi otak terhadap suatu stimulus yang menyebabkan kerusakan jaringan tubuh. Setiap orang memiliki persepsi rasa nyeri yang berbeda-beda tergantung dari ambang nyeri yang dimiliki (Sulistia Alam, 2020). Nyeri dapat terjadi bersamaan dengan proses penyakit, pemeriksaan diagnostik ataupun pengobatan (Smeltzer & Bare, 2013).

Nyeri menurut keperawatan adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya dan kapanpun individu mengatakannya. Nyeri bersifat subjektif dan individual. Nyeri merupakan salah satu alasan utama bagi seseorang untuk mencari

bantuan atau perawatan. Seorang tenaga kesehatan harus percaya dan menganggap nyata ketika pasien mengatakan bahwa dirinya merasakan nyeri meskipun penyebabnya tidak diketahui (Smeltzer & Bare, 2013).

2.4.2 Fisiologis Nyeri

Nyeri muncul berkaitan dengan adanya reseptor dan rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor. Nociceptor merupakan ujung-ujung syaraf yang sangat bebas dan memiliki sedikit myelin atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada mukosa dan kulit khususnya persendian, visera, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa kimiawi, termal, listrik, atau mekanis. Stimulasi zat kimiawi antara lain histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam seperti asam lambung yang meningkat pada gastritis atau stimulasi yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan (Hidayat, 2012).

Secara fisiologis, mekanisme timbulnya nyeri melibatkan empat proses, yaitu :

1. Transduksi

Transduksi merupakan proses akhir saraf aferen dalam menerjemahkan stimulus kedalam impuls nosiseptif. Serabut saraf yang terlibat dalam proses ini yaitu A-beta, A-delta, dan C.

2. Transmisi

Transmisi merupakan lanjutan dari proses transduksi yang kemudian ditransmisikan serat *afferent* (*A-delta* dan *c*) ke medulla spinalis. Impuls kemudian melewati traktus sensorik untuk diteruskan ke otak tanpa singgah di *formation* retikularis.

3. Modulasi

Modulasi merupakan proses amplifikasi sinyal neural terkait dengan nyeri. Proses ini utamanya terjadi di kornu dorsalis medulla spinalis dan level lainnya. Hambatan terjadi melalui sistem analgesia endogen yang melibatkan berbagai neurotransmitter seperti endorphin. Pada tahap ini berdampak pada menurunnya jumlah impuls nyeri yang akan dikirim ke thalamus. Hal ini juga dipengaruhi oleh adanya stimulus lain yang dapat meningkatkan release dari analgesia endogen.

4. Persepsi

Persepsi nyeri merupakan kesadaran seseorang akan pengalaman nyeri. Persepsi adalah hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakter individu. Setelah rangsangan ini sampai ke otak maka nyeri akan dirasakan secara sadar dan menimbulkan respons berupa perilaku menghindari atau ucapan yang merespons adanya nyeri. Persepsi ini menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan oleh

individu. Organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri disebut reseptor nyeri (Bahrudin, 2018)

2.4.3 Klasifikasi Nyeri

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik yang multidimensional. Fenomena nyeri dapat berbeda dalam segi intensitas yaitu ada ringan, sedang, dan berat. Selain itu nyeri juga akan berbeda dari segi kualitas seperti tumpul, tajam ataupun terbakar. Durasi nyeri juga berbeda pada setiap individu yaitu ada transien, intermitten, dan persisten. Penyebaran nyeri beragam yaitu superficial dan terlokalisir (Asmadi, 2012).

Nyeri diklasifikasikan dalam beberapa golongan berdasarkan tempat, sifat, berat, dan waktu lamanya serangan (Asmadi, 2012).

1. Nyeri berdasarkan tempat

- 1) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh seperti kulit dan mukosa
- 2) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ tubuh visceral
- 3) *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang dikarenakan adanya penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri
- 4) *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lainnya.

2. Nyeri berdasarkan sifat
 - 1) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu setelah itu menghilang
 - 2) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam jangka waktu yang lama
 - 3) *Paroxymal pain*, merupakan nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri biasanya menetap sekitar 10 sampai 15 menit, setelah itu hilang kemudian timbul lagi
3. Nyeri berdasarkan berat
 - 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah
 - 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi
 - 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi
4. Nyeri berdasarkan lamanya waktu serangan
 - 1) Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan. Nyeri akut dirasakan dalam waktu yang singkat dan kurang dari 6 bulan, tetapi umumnya terjadi kurang dari 1 bulan. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka seperti luka operasi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistemik maka nyeri akan berkurang sejalan dengan terjadinya penyembuhan (Asmadi, 2012)

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis terjadi lama setelah kerusakan jaringan. Nyeri ini berkaitan erat dengan adaptasi fisiologis dan psikologis. Nyeri kronis berlangsung lebih dari 6 bulan (Satyanegara et al., 2014). Nyeri kronis bersifat konstan atau menetap sepanjang periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan. Nyeri kronis biasanya sulit diobati karena tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Sudarsa, 2020).

2.4.4 Respon Tubuh terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri memiliki karakteristik yang berbeda-beda pada setiap individu. Respon tubuh terhadap nyeri terjadi setelah nyeri dipersepsikan. Respon nyeri ada dua yaitu respon fisiologis dan perilaku (Sulistyo, 2016).

1. Respon fisiologis

Respon fisiologis merupakan indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan dengan laporan verbal pasien. Respon fisiologis digunakan untuk pengganti laporan verbal ketika pasien tidak sadar. Respon fisiologis dapat membahayakan individu.

Tabel 2.1 Reaksi Fisiologis Nyeri

Respons	Efek atau Penyebab
STIMULASI SIMPATIK*	
peningkatan frekuensi denyut	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
peningkatan frekuensi denyut	Menyebabkan peningkatan

konstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	transport oksigen
	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak
peningkatan kadar glukosa darah	Menghasilkan energi tambahan
diaphoresis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot untuk melakukan aksi
dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
STIMULASI PARASIMPATIK	
dehidrasi	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
ketegangan otot	Akibat kelelahan
penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vagal
napasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
lemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

2. Respon perilaku

Respon perilaku individu terhadap nyeri sangat beragam seperti pernyataan verbal, perilaku vocal, ekspresi wajah, gerak tubuh, kontak fisik dan perubahan respon terhadap lingkungan.

Tabel 2.2 Reaksi Perilaku Nyeri

Respons Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak napas

	4. Mendengkur
Ekspresi Wajah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis 2. Menggeletukkan gigi 3. Mengernyitkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5. Menggigit bibir
Gerakan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Imobilisasi 3. Ketegangan otot 4. Peningkatan gerakan jari dan tangan 5. Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan 6. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 7. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari percakapan 2. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri 3. Menghindari kontak social 4. Penurunan rentang perhatian

2.4.5 Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri individu (Potter & Perry, 2010):

1. Usia

Usia merupakan salah satu variabel yang memengaruhi nyeri. Anak-anak lebih sulit memahami, mengungkapkan, dan mengekspresikan nyeri. Semakin bertambah usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul. Ketika seorang lansia mengalami nyeri perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci karena seringkali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu.

Umur dewasa dan lansia lebih siap menerima dampak, efek, dan komplikasi nyeri. Kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia.

2. Jenis kelamin

Pria dan wanita tidak memiliki perbedaan yang bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin, misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya memengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri

4. Makna nyeri

Makna seseorang dikaitkan dengan nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

5. Perhatian

Tingkat individu memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat

dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun. Konsep ini diterapkan dalam keperawatan diberbagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, guided imagery dan masase.

6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian limbik untuk mengendalikan emosi (ansietas). Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri akan semakin berat. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap.

8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila individu mengalami nyeri yang sama berulang-ulang dan nyeri tersebut berhasil dihilangkan maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan

untuk menghilangkan nyeri. Apabila seorang klien tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu koping terhadap nyeri.

9. Gaya koping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa, seperti nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor-faktor lain di dalam lingkungan mereka, seperti perawat, sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa. Individu yang memiliki lokus kendali internal melaporkan mengalami nyeri yang tidak terlalu berat daripada individu yang memiliki lokus kendali eksternal

10. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons nyeri. Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap terasa, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

11. Tindakan pembedahan

Pasca pembedahan terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (cell injury) sebagai stimulus

mekanik. Adanya cell injury akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap oleh reseptor nyeri (nociceptor) sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri

12. Pemberian spinal anestesi blok (SAB)

Selama dilakukan SAB, akar-akar saraf dibasuh dengan anestetik lokal yang dimasukkan ke dalam cairan serebrospinal. Anestetik lokal menempati reseptor-reseptor diserat saraf dan mencegah hantaran impuls. Klien dengan anestesi spinal akan pulih selama 4-6 jam setelah operasi

2.4.6 Pengkajian Nyeri

Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan menanyakan riwayat nyeri seperti dimana lokasi nyeri yang dirasakan, kapan nyeri itu muncul, bagaimana kualitas nyerinya, dan pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST. PQRST dapat membantu pasien untuk mengungkapkan keluhannya secara lengkap, adapun PQRST adalah sebagai berikut :

1. P (Pemacu), yaitu mengkaji tentang faktor yang menyebabkan munculnya nyeri
2. Q (*Quality*), yaitu mengkaji tentang kualitas nyeri yang dirasakan pasien seperti apa, apakah tajam, tumpul, atau rasa yang lainnya

3. R (*region*), yaitu mengkaji area dimana nyeri berada. Klien diminta untuk menunjukkan semua bagian yang dirasa tidak nyaman. Selain itu perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, tetapi rasa nyeri yang dirasakan bisa menyebar
4. S (*severity/skala*), yaitu mengkaji seberapa parah nilai nyeri yang dirasakan oleh klien yang biasanya menggunakan rentang skala 1-10 yaitu mulai dari nyeri ringan, sedang, dan berat
5. T (*time*), yaitu mengkaji lama waktu serangan nyeri atau frekuensi nyeri. Perawat dapat menanyakan kapan nyeri dirasakan dan berapa lama nyeri dirasakan. Selain itu perawat juga bisa menanyakan seberapa sering nyeri itu kambuh (Sulistyo, 2016).

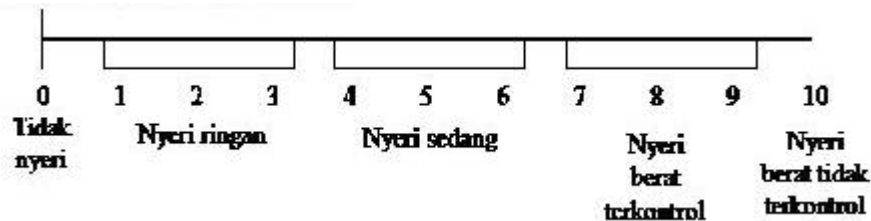
2.4.7 Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan pengukuran skala nyeri sebagai berikut :

1. Skala Deskriptif Verbal / *Verbal Description Scale* (VDS)

Skala Deskriptif Verbal adalah alat untuk mengukur tingkat keparahan nyeri secara obyektif. Alat pengukuran ini merupakan sebuah garis yang memiliki tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini terdiri dari “tidak terasa nyeri” samoi “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat akan memberikan alat ini kepada klien dan

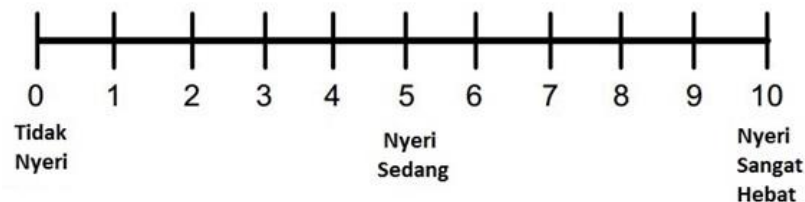
memintanya untuk memilih deskripsi nyeri sesuai yang dirasakan (Syaiful & Fatmawati, 2020).



Gambar 2.1 *Verbal Description Scale (VDS)*

2. Skala Penilaian Numerik / *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala Penilaian Numerik merupakan alat yang digunakan untuk mendeskripsikan nyeri pengganti kata. Klien akan diminta untuk menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10 (Suriya & Zuriati, 2019). Skala ini paling efektif digunakan saat melakukan pengkajian intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Syaiful & Fatmawati, 2020). NRS merupakan pengembangan dari VAS dan sangat efektif digunakan untuk pasien pembedahan atau *post* anestesi awal. NRS sudah rutin digunakan untuk mengukur intensitas nyeri pasien di unit *post* operasi (Paluwih, 2018).



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Keterangan :

- 1) 0 = Tidak terasa sakit
- 2) 1 = nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) seperti digigit nyamuk
- 3) 2 = nyeri ringan yang tidak menyenangkan seperti cubitan ringan pada kulit
- 4) 3 = nyeri sangat terasa tapi masih bisa ditoleransi, seperti pukulan di hidung yang menyebabkan keluarnya darah atau seperti suntikan dokter
- 5) 4 = nyeri yang menyediahkan, terasa sangat kuat dan dalam seperti sakit gigi atau rasa sakit pada sengatan lebah
- 6) 5 = nyeri yang sangat menyedihkan, terasa kuat, dalam, menusuk seperti pergelangan kaki yang terkilir
- 7) 6 = nyeri yang intens, terasaa dalam dan menusuk begitu kuat sehingga bisa memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, dan komunikasi terganggu
- 8) 7 = nyeri yang sangat intens, hampir sama seperti 6 , tetapi rasa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik bahkan tidak mampu melakukan perawatn diri
- 9) 8 = nyeri yang benar-benar mengerikan. Nyeri begitu kuat sehingga tidak dapat berpikir jernih dan sering mengalami

perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama

10) 9 = nyeri terasa menyiksa tak tertahankan. Nyeri begitu kuat sehingga tidak dapat ditolerir lagi sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit bagaimanapun caranya dan tidak peduli efek samping maupun resikonya

11) 10 = rasa sakit tidak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan. Nyeri begitu kuat sampai tak sadarkan diri. (Indriani et al., 2019)

3. Skala Analog Visual / *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien. Skala ini merupakan suatu garis lurus/horizontal dengan panjang 10 cm. Garis ini mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi kebebasan penuh kepada klien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dianggap sebagai alat pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau angka (Suriya & Zuriati, 2019)

Untuk mengukur skala intensitas pada anak-anak, dikembangkan alat yang dinamakan *Oucher*. Seorang anak biasanya menunjuk ke sejumlah pilihan gambar yang mendeskripsikan

nyeri. Cara ini lebih sederhana untuk mendeskripsikan nyeri. Versi etnik baru pada alat telah dikembangkan oleh Wong dan Baker (1998), Potter & Perry (2006) untuk mendeskripsikan nyeri pada anak-anak (Sulistyo, 2016).

Skala tersebut terdiri dari enam wajah yang terdiri dari enam wajah profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan. Anak-anak berusia tiga tahun dapat menggunakan skala tersebut (Sulistyo, 2016).



Gambar 2.3 Skala Wajah

2.4.8 Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Dalam pemilihan penatalaksanaan dan pengobatan nyeri harus disesuaikan dengan tipe nyeri. Diagnosis spesifik sangat diperlukan untuk menentukan tipe nyeri karena hal ini akan memberikan petunjuk dalam pemilihan obat analgesic atau terapi lainnya (Sarhini et al., 2019).

Strategi penatalaksanaan nyeri atau yang biasa disebut dengan manajemen nyeri merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk

mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan dengan teknik farmakologi maupun non farmakologi.

1. Teknik farmakologi

Teknik farmakologi merupakan suatu terapi untuk mengurangi nyeri dengan menggunakan obat penawar (Alam, 2020). Intervensi nyeri farmakologi dilakukan dengan kolaborasi bersama dokter (Smeltzer & Bare, 2013). Menurut (Sulistyo, 2016) metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri yaitu dengan menggunakan analgesik.

1) Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID biasanya digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan intensitas ringan sampai sedang seperti nyeri rheumatoid, arthritis, prosedur pengobatan gigi, episiotomy, masalah punggung bawah, dan prosedur bedah minor.

2) Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiate digunakan untuk mengatasi nyeri yang sedang sampai berat. Opiate biasanya digunakan nyeri untuk pasca operasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi

3) Obat tambahan (adjuvant)

Adjuvant merupakan obat untuk meningkatkan control nyeri atau menghilangkan gejala yang terkait dengan nyeri. Contoh obat adjuvant antara lain sedative, anti cemas, dan relaksasi otot. Adjuvant diberikan secara tunggal atau disertai analgesic. Obat ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Sulistyo, 2016)

2. Teknik non farmakologi

Teknik non farmakologi adalah suatu terapi yang digunakan untuk mengurangi nyeri tanpa menggunakan obat-obatan (Syaiful & Fatmawati, 2020) Kelebihan teknik non farmakologi dibandingkan dengan teknik farmakologi adalah noninvasive, sederhana, efektif, serta tanpa menimbulkan efek samping yang membahayakan (Alam, 2020).

1. Distraksi

Distraksi merupakan memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri atau dengan kata lain distraksi merupakan suatu tindakan pengalihan perhatian klien terhadap hal-hal diluar nyeri (Syaiful & Fatmawati, 2020). Beberapa contoh teknik distraksi antara lain :

(1).Distraksi visual

Distraksi visual dilakukan dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal yang disukai seperti melihat

pertandingan, menonton televisi, melihat pemandangan, dan lainnya

(2). Distraksi pendengaran

Distraksi pendengaran dilakukan dengan mendengarkan music atau suara lain yang disukai sehingga konsentrasi tidak akan berfokus pada nyeri akan tetapi beralih ke suara tersebut

(3). Distraksi intelektual

Distraksi intelektual dilakukan dengan mengisi kegiatan seperti bermain teka-teki silang, bermain kartu, melakukan kegemaran, dan lainnya

(4). Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing dilakukan dengan membuat suatu bayangan yang menyenangkan dan mengonsentrasikan diri pada bayangan tersebut (Soeparmin, 2010)

2. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu usaha untuk menurunkan nyeri atau menjaga agar tidak terjadi nyeri yang lebih berat dengan menurunkan otot (Suriya & Zuriati, 2019). Pengertian lain dari relaksasi adalah salah satu bentuk terapi yang berupa pemberian instruksi kepada seseorang dalam bentuk gerakan-gerakan yang tersusun secara sistematis untuk merilekskan pikiran dan anggota tubuh seperti otot dan mengembalikan

kondisi dari keadaan tegang ke keadaan rileks bahkan normal dan terkontrol (Saleh et al., 2019)

1) Relaksasi napas dalam

Relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan dengan cara menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan (Hardiyati, 2020)

2) Relaksasi autogenik

Relaksasi autogenik mudah untuk dilakukan dan tidak berisiko. Prinsip dari relaksasi ini adalah klien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra/doa/dzikir dalam hati seiring dengan ekspirasi udara paru (Asmadi, 2012)

3) Relaksasi otot progresif

Relaksasi otot progresif adalah salah satu cara yang mudah dilaksanakan seluruh tubuh untuk mengubah ketegangan otot dari kepala ke kaki menjadi rileks dan memberi efek nyaman. Relaksasi otot progresif meliputi kombinasi latihan pernapasan yang terkontrol dan

rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot (Salindri, 2018)

3. Hipnosis

Hipnosis merupakan suatu metode kognitif yang bergantung pada bagaimana memfokuskan perhatian pasien menjauhi nyeri. Metode ini juga bergantung pada kemampuan ahli terapi untuk menuntun perhatian pasien ke bayangan-bayangan yang paling konstruktif (Suriya & Zuriati, 2019).

4. *Transcutaneous Electric Nerve Stimulation* (TENS)

TENS merupakan salah satu teknik non farmakologi untuk mengatasi nyeri dengan menggunakan alat atau unit yang dijalankan oleh baterai dan elektroda yang dipasang dikulit. Alat ini menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. TENS digunakan sebagai pengobatan yang berdiri sendiri atau sebagai tambahan pada pengobatan inti untuk menghilangkan gejala dari semua jenis nyeri, termasuk nyeri akut, kronis, ganas, muskuloskeletal, nosiseptif, atau neuropatik (Johnson, 2014).

2.4.9 Nyeri *Post Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan salah satu tindakan pembedahan yang menimbulkan ancaman potensial atau aktual pada integritas seseorang baik biopsikososial maupun spiritual yang dapat memunculkan respon berupa nyeri. Pasca pembedahan akan terjadi perlukaan (insisi) yang

menyebabkan kerusakan jaringan (cell injury) sebagai stimulus mekanik. Adanya cell injury akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap oleh reseptor nyeri (nociceptor) sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri. Insisi menimbulkan nyeri sedang sampai berat. Nyeri post Sectio Caesarea muncul seiring dengan hilangnya efek anestesi. Nyeri mempengaruhi seluruh pikiran orang, tubuh, dan jiwa (Potter & Perry, 2010)

Nyeri pada hari pertama pasca SC didominasi oleh nyeri pada area insisi, adanya gas di usus, dan karena kontraksi otot-otot polos uterus (*afterpain*). *Afterpain* terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang dipengaruhi oleh penurunan hormone estrogen dan progesterone. *Afterpain* akan dirasakan lebih berat oleh klien pada hari pertama dibandingkan dengan hari kedua sampai keempat. Nyeri yang timbul setelah SC juga terjadi sebagai akibat adanya torehan jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan. Nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan (Solehati & Cecep, 2015).

Nyeri menimbulkan perasaan yang tidak nyaman. Apabila nyeri pada pasien post operasi tidak segera ditangani akan mengakibatkan

proses rehabilitas pasien akan tertunda, hospitalisasi pasien menjadi lebih lama, tingkat komplikasi yang tinggi dan membutuhkan lebih banyak biaya. Hal ini karena pasien memfokuskan seluruh perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Berkanis et al., 2020).

2.5 Konsep *Sectio Caesarea*

2.5.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan tindakan medis yang dilakukan untuk membantu persalinan ibu yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu ataupun karena masalah janin (Ayuningtyas et al., 2018). *Sectio Caesarea* adalah salah satu cara untuk melahirkan janin, yaitu dengan membuat sayatan pada dinding uterus dengan melalui dinding depan perut (Nurarif & Kusuma, 2015). Menurut (Sofian, 2011) *sectio caesarea* berarti suatu *hysterectomia* untuk melahirkan janin yang berada didalam rahim. Beberapa pengertian lain dari *Sectio Caesarea* menurut (Syaiful & Fatmawati, 2020), yaitu :

1. SC merupakan kelahiran janin melalui insisi trans abdomen pada uterus
2. SC merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan abdomen dan dinding uterus dengan syarat uterus dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 gram

3. SC merupakan tindakan untuk melahirkan janin dengan berat diatas 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang utuh
4. SC merupakan suatu pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding rahim
5. SC merupakan persalinan fetus yang dilakukan melalui laparotomi kemudian histerotomi.

2.5.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut (Dahlia, 2016) Indikasi dari *sectio caesarea* adalah :

1. Indikasi mutlak

1) Indikasi ibu

- (1). Panggul sempit
- (2). Kegagalan melahirkan secara normal karena stimulasi kurang adekuat
- (3). Adanya tumor di jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- (4). Penyempitan serviks
- (5). *Placenta previa*
- (6). Disproporsi sefalopelfik
- (7). Ruptur uteri

2) Indikasi janin

- (1). Kelainan letak
- (2). Gawat janin
- (3). Prolapsus placenta

(4). Perkembangan bayi terhambat

(5). Mencegah hipoksia janin, karena preeclampsia berat

2. Indikasi relatif

1) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

2) Presentasi bokong

3) Distosia

4) Fetal distress

5) Preeclampsia berat, diabetes mellitus, dan penyakit kardiovaskuler

6) Ibu dengan HIV positif

3. Indikasi sosial

1) Wanita yang takut melahirkan karena pengalaman sebelumnya

2) Wanita yang takut bayinya mengalami cedera fisik atau asfiksia jika dilakukan persalinan normal

3) Wanita yang takut terjadi perubahan tubuh atau *sexuality image* pasca melahirkan

2.5.3 Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi *Sectio caesarea* secara umum dikenal dengan dua jenis sayatan, yaitu :

1. Sayatan melintang (Sayatan bawah rahim / SBR)

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim. Dimulai dari ujung selangkangan (*simphysis*) diatas batas rambut kemaluan dengan panjang sekitar 10-14 cm. keuntungan dengan sayatan

melintang adalah parut rahim yang kuat sehingga risiko terjadinya robek rahim kecil. Hal tersebut dikarenakan pada saat masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi sembuh lebih sempurna

2. Sayatan memanjang (*bedah caesar klasik*)

Dilakukan dengan pengirisan yang memanjang di bagian tengah yang memberikan ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun jenis ini jarang dilakukan karena rentan terhadap komplikasi (Andalas, 2014)

2.5.4 Komplikasi Post Operasi *Sectio Caesarea*

Persalinan SC memiliki komplikasi lima kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan alami. Komplikasi yang sering terjadi berupa komplikasi fisik dan psikologis. Komplikasi fisik yang biasa terjadi antara lain terjadinya perdarahan yang dapat menyebabkan syok hipovolemik. Hal tersebut dikarenakan saat pembedahan SC ibu akan kehilangan darah sekitar 500-1000 ml. sehingga resiko transfuse darah pada ibu dengan persalinan SC sebanyak 4,2 kali dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Komplikasi fisik lain yang mungkin terjadi antara lain distensi lambung, infeksi luka insisi, endometriosis, infeksi traktus urinarius, distensi kandung kemih, tromboemboli, emboli paru, dan risiko rupture uteri pada persalinan berikutnya (Sulistyawati, 2009).

Komplikasi SC secara psikologis yang sering dialami oleh ibu post SC antara lain adanya perasaan kecewa, merasa bersalah terhadap

pasangan dan anggota keluarga lainnya, takut, marah, frustrasi karena kehilangan kontrol, harga diri rendah, dan perubahan fungsi seksual (Potter & Perry, 2010). Komplikasi persalinan SC lainnya adalah komplikasi pada janin berupa hipoksia akibat sindrom hipotensi telentang dan depresi pernapasan karena anetesi serta sindrom gawat pernapasan. Mortalitas perinatal bayi baru lahir pada persalinan SC sekitar 2-4% (Sulistyawati, 2009)