

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Sectio Caesarea

A. Definisi

Sectio caesarea merupakan pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) dengan sayatan dalam keadaan utuh dan berat janin di atas 500 gram. Persalinan dengan *sectio caesarea* berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam (Murniasih, E., Natalya, R., Eliawati, 2021).

Sectio Caesarea (SC) didefinisikan sebagai suatu metode melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen dan dinding uterus. Definisi ini tidak mencakup pengangkatan janin dari kavum abdomen dalam kasus ruptur uteri/kehamilan abdominal. Tindakan ini dilakukan untuk mencegah kematian ibu dan bayi karena kemungkinan-kemungkinan komplikasi yang dapat timbul bila persalinan tersebut berlangsung pervaginam (Cunningham 2018).

B. Indikasi

Keputusan untuk melakukan operasi caesar terutama didasarkan pada pertanyaan tentang apa yang terbaik bagi ibu dan anak. Indikasi untuk operasi caesar karena itu dapat dibagi menjadi indikasi absolut dan relatif. operasi caesar elektif, dilakukan semata-mata keinginan ibu, tanpa indikasi medis, dianggap sebagai indikasi terpisah. Keputusan sering dibuat atas dasar penilaian risiko, setelah diskusi yang luas dengan bidan dan dokter yang terlibat, bersama-sama dengan ibu hamil dan keluarganya (Cunningham 2018).

1). Gawat Janin

Pemantauan janin elektronik dilakukan pada 85% persalinan di Amerika Serikat pada tahun 2003. Kasus ini meningkatkan angka kelahiran caesar, mungkin hingga sebanyak 40%. Meskipun mulanya optimis, penatalaksanaan berdasarkan pemantauan elektronik sayangnya diketahui tidak lebih baik dalam menurunkan kelumpuhan serebral atau kematian perinatal daripada penatalaksanaan berdasarkan auskultasi denyut jantung intermiten. Bahkan, kelahiran caesar sendiri tidak berhubungan dengan prognosis pertumbuhan saraf bayi.

2). Distosia

Beberapa bentuk distosia merupakan indikasi tersering kelahiran caesar di Amerika Serikat. Namun, analisis mengenai distosia adalah faktor predisposisi terhadap angka kelahiran caesar sulit dilakukan karena adanya pewarisan heterogen pada kondisi ini.

3). Solusio Plasenta

Dalam uji coba non-acak, tingkat kematian perinatal lebih tinggi telah dijelaskan untuk persalinan pervaginam bila dibandingkan dengan operasi caesar (Okonofua dan Olatubosun 52% dibandingkan 16% 32 and Hurd et al 20% berbanding 15%) Studi retrospektif lain telah menunjukkan hanya sedikit keuntungan bahkan tidak ada keuntungan untuk janin yang dilahirkan melalui operasi caesar. Dalam solusio plasenta yang tidak terlalu parah maka perlu mempertimbangkan faktor-faktor lain seperti adanya gawat janin, keadaan serviks dan adanya komplikasi obstetri lainnya. pemantauan janin terus menerus wajib dilakukan jika mencoba persalinan pervaginam, untuk meminimalkan mortalitas.

4). Plasenta Previa

Diagnosis plasenta previa biasanya merupakan indikasi untuk persalinan melalui operasi caesar. Namun jika previa ringan (jenis I $\pm$ II) dan kepala janin bergerak, percobaan persalinan pervaginam dapat dicoba. Operasi caesar adalah terapi yang direkomendasikan terhadap plasenta previa berat (jenis III $\pm$ IV).

5). Operasi caesar untuk melahirkan bayi kembar

Usaha optimal persalinan bayi kembar masih kontroversial. Tergantung pada korionisitas dari kehamilan, adanya komplikasi janin atau ibu tambahan, kehamilan pada persalinan dan presentasi akhir dari kedua bayi kembar pada awal persalinan. Insiden kehamilan ganda meningkat karena meningkatnya usia ibu dan dampak dari konsepsi yang dibantu.

C. Kontraindikasi

Berikut merupakan hal yang menjadi kontraindikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea*, yaitu :

- 1). Janin mati.
- 2). Shock.
- 3). Anemia berat.
- 4). Kelainan kongenital berat.
- 5). Infeksi piogenik pada dinding abdomen.
- 6). Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi *sectio caesarea* (Cunningham 2018).

Menurut (Pulungan, 2020), menyatakan kontraindikasi *sectio caesarea* disebabkan beberapa keadaan antara lain: janin mati, terlalu prematur untuk bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum diatasi, kelainan kongenital, tidak ada atau kurang sarana serta kemampuan.

D. Komplikasi

- 1) Peningkatan angka morbiditas dan mortalitas ibu dua kali lipat.
- 2) Infeksi (seperti : endometriosis *postpartum*, fascia dehiscence, luka) penyakit tromboemboli (misalnya, trombosis vena dalam, septiktromboflebitis pelvis).
- 3) Komplikasi anestesi.
- 4) Cedera bedah (misalnya, laserasi uterus; kandung kemih, usus, lukaureter).
- 5) Atonia uterus.

Tertunda kembalinya fungsi usus (Cunningham 2018).

2.1.2 Recovery Room (RR)

A. Definisi

Keperawatan pasca operatif merupakan tahapan akhir dari keperawatan perioperatif. Pasca operasi merupakan keadaan waktu pulih dari anestesi umum ataupun anestesi regional. Idealnya pasien pasca operasi bangun dari anestesi secara bertahap, tanpa keluhan dan mulus dengan pengawasan dan pengelolaan secara ketat sampai dengan keadaan stabil. Pasien pasca operatif bisa mengalami kegawatan yang menyebabkan bertambahnya angka morbiditas serta mortalitas terkait anestesi dan tindakan operasi (Aida Sri Rachmawati, 2021).

RECOVERY ROOM (RR) adalah ruangan untuk pasien yang baru selesai menjalani operasi dipantau terus menerus dan dirawat secara ketat hingga kondisi umum pasien stabil. Waktu yang dihabiskan pasien dalam pemulihan tergantung pada beberapa faktor, seperti durasi dan jenis pembedahan, teknik anestesi, jenis dan dosis obat yang diberikan serta kondisi umum pasien (Hanifa, 2017). Pasien mendapatkan Kembali

kesadaran penuh dalam waktu 15 menit, ketidak kesadaran yang berlangsung lebih dari 15 menit dianggap berkepanjangan, dan bahkan pasien yang paling sensitive pun harus merespon rangsangan dalam waktu 30 hingga 45 menit setelah anestesi (Wishal. Nabilah Putri, 2022).

B. Kriteria Penilaian

1. Aldrete Score

Penilaian kondisi pasien pasca operasi bisa dinilai dengan menggunakan Aldrete Score (Kraft & Roundtree, 2007; Adam, 2007). Aldrete Score merupakan alat ukur untuk menentukan keadaan pasien sudah pulih dan layak pindah ke ruang perawatan atau ICU

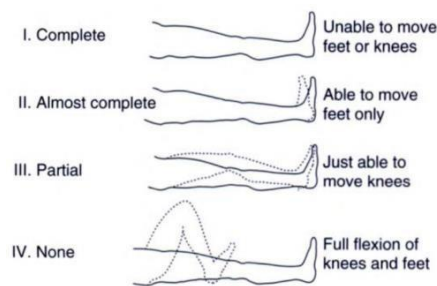
Penilaian numerik dari 0, 1, atau 2 dilakukan untuk menilai aktivitas motorik, respirasi, sirkulasi, kesadaran, dan warna kulit dengan nilai maksimal adalah 10. Penggunaan pulse oximetry dapat menolong lebih akuratnya indikator oksigenasi, dan diusulkanlah suatu modifikasi skoring aldrete yang mengganti kriteria warna pada skoring Aldrete dengan SpO₂ pada modifikasi sistem skoring Aldrete. Pasien dengan skor 9 bisa dipindahkan ke step-down unit dimana fase ke 2 pemulihan berlangsung sebelum akhirnya pasien diperbolehkan untuk pulang.

Parameter	Skor
Aktivitas Motorik	
Seluruh ekstremitas dapat digerakan	2
Dua ekstremitas dapat dikgerakan	1
Tidak dapat digerakan	0
Respirasi	
Dapat bernapas dalam dan batuk	2
Dangkal namun pertukaran udaraadekuat	1
Apneu atau obstruksi	0
Sirkulasi	
Tekanan darah menyimpang < 20mmHg dari tekanan darah pre anestesi	2
Tekanan darah menyimpang 20-50 mmHg dari tekanan darah pre anestesi	1
Tekanan darah menyimpang > 50mmHg dari tekanan darah pre anestesi	0
Kesadaran	
Sadar, siaga, orientasi	2
Bangun namun cepat Kembali tidur	1
Tidak berespon	0
Saturasi oksigen	
SaO ₂ > 90% dengan oksigen ruangan	2
SaO ₂ >90% dengan oksigentambahan	1
SaO ₂ >90% dengan oksigen tambahan	0

Gambar I Aldrete Score

2. Bromage Score

Bromage score merupakan salah satu indikator respon motorik pasca anestesi. ini adalah tes motorik yang paling banyak digunakan dalam anestesi spinal. skala ini dirancang untuk menguji fungsi motorik pada ekstremitas bawah 30-40 menit setelah spinal anestesi, gerakan dinilai pada skala empat poin : 0, tidak dapat menggerakkan kaki atau lutut, 1 hanya bisa menggerakkan kaki, 2 hanya mampu menggerakkan lutut, 3 fleksi penuh lutut dan kaki. Jika nilai bromage score pasien telah mencapai 2 maka pasien dinyatakan pulih dari anestesi (Collis, 2012).



Gambar II Bromage Score

Sumber : (Collis, 2012)

2.1.3 Mobilisasi Dini

A. Definisi

Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka pasca operasi. Mobilisasi merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan bertujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara

berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri (Arif et al., 2021).

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, teratur dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat dan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah. Hal ini dikarenakan untuk kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitasnya tanpa bantuan dari orang lain. Lingkup dari mobilisasi itu sendiri yaitu *exercise atau range of motion, ambulasi, body mechanic* (Suratun and S., 2019).

B. Tujuan

Tujuan dilakukannya mobilisasi dini menurut (Fitriani, N. L., & Anggorowati, 2016), yaitu:

- 1). Mempertahankan fungsi tubuh.
- 2). Memperlancar peredaran darah.
- 3). Membantu pernapasan menjadi lebih baik.
- 4). Mempertahankan tonus otot.
- 5). Memperlancar eliminasi alvi dan urine.
- 6). Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- 7). Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi.

Tujuan mobilisasi dini adalah menurunkan kejadian komplikasi trombosis vena, emboli paru, pneumonia, dan retensi urin serta meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi *long of stay* (LOS) lama hari rawat pasien.

C. Manfaat

Menurut (Mubarak, I.W., 2015), manfaat mobilisasi dini yaitu sebagai berikut:

- 1). Meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernapasan
 - a. Mencegah atelektase dan pneumoni hipostatis.
 - b. Meningkatkan kesadaran mental, karena dampak dari peningkatan oksigen ke otak.
- 2). Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
 - a. Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka.
 - b. Dapat mencegah thrombophlebitis.
 - c. Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.
 - d. Mengurangi rasa nyeri.
- 3). Meningkatkan berkemih untuk mencegah terjadinya retensi urine
- 4). Meningkatkan metabolisme
 - a. Mencegah berkurangnya tonus otot
 - b. Mengembalikan keseimbangan nitrogen
- 5). Meningkatkan peristaltic
 - a. Memudahkan terjadinya flatus
 - b. Mencegah distensi abdomen dan nyeri akibat gas
 - c. Mencegah konstipasi
 - d. Mencegah illeus paralitik

D. Rentang Gerak Mobilisasi

Menurut buku ajar yang diterbitkan oleh (Carpenito 2014 dalam Yustina, 2022), mobilisasi ada tiga rentang gerak antara lain adalah :

1). Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan cara menggerakkan otot orang lain secara pasif, seperti perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2). Rentang gerak aktif

Ini melibatkan melatih kelenturan dan kekuatan otot dan persendian dengan menggunakan otot secara aktif, misalnya berbaring, pasien menggerakkan kakinya.

3). Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot dan persendian dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

E. Tahap Mobilisasi

Mobilisasi dini pasca laparatomi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu, pasien dapat melakukan mobilisasi dini dengan menggerakkan lengan atau tangan, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Setelah 24 jam pasiendianjurkan untuk dapat belajar duduk. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan (Ditya, 2016). Tahapan mobilisasi dini yaitu:

- 1). Anjurkan distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit.
- 2). Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jaritangan, lengan dan siku selama setengah

menit.

- 3).Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas.
- 4).Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali.
- 5).Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki.

2.1.4 Nyeri

A. Definisi

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah sensasi subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Putri, 2019).

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik yang multi dimensional. Fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, tajam), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Bahrudin, 2018).

B. Patofisiologi

Menurut Andarmoyo (2013) ada beberapa tahapan dalam proses terjadinya nyeri, yaitu:

1). Stimulasi

Persepsi nyeri reseptor, diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat dan penghantar menuju sistem saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan nociceptor. Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu nosiseptor mekanisme yang berespons terhadap mekanisme kerusakan, nosiseptor termal yang berespons terhadap suhu yang berlebihan terutama panas, nosiseptor polimodal yang berespons setara terhadap semua jenis rangsangan yang merusak, termasuk iritasi zat kimia yang dikeluarkan dari jaringan yang berbeda.

2). Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri (noxious stimuli) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf.

3). Transmisi

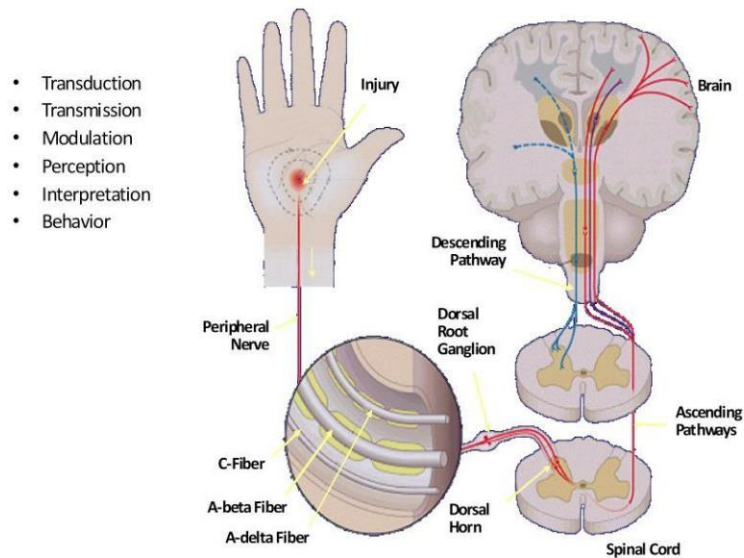
Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari nociceptori saraf perifer melewati cormu dorsalis dan corda spinalis menuju korteks serebri.

4). Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri.

5). Persepsi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri.



Gambar III Patofisiologi Nyeri

Sumber : (Bahrudin, 2018)

C. Jenis-Jenis Nyeri

Rasa nyeri akan dirasakan oleh seseorang dalam beberapa bentuk. Terdapat dua bentuk sindrom nyeri yaitu Nyeri Akut dan Nyeri kronis.

1). Nyeri akut (Nyeri Nosiseftif)

Nyeri akut merupakan respon biologis normal terhadap cedera jaringan dan merupakan sinyal terhadap adanya kerusakan jaringan misalnya nyeri pasca operasi, dan nyeri pasca trauma muskuloskeletal. Nyeri tipe ini sebenarnya merupakan mekanisme proteksi tubuh yang akan berlanjut pada proses penyembuhan. Nyeri akut merupakan gejala yang harus diatasi atau penyebabnya harus dieliminasi.

2). Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Keseimbangan kontribusi faktor fisik dan psikososial dapat

berbeda-beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan lainnya.

3). Nyeri Berdasarkan Lokasi

a. Nyeri Perifer

Nyeri ini dibagi menjadi 3 yaitu:

- (1). Nyeri superfisial, yaitu nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
- (2). Nyeri viseral, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi dari reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks.
- (3). Nyeri alih, yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari penyebab nyeri.

b. Nyeri Sentral

Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan talamus.

c. Nyeri Psikogenik

Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran si penderita itu sendiri

4). Nyeri berdasarkan tempatnya:

- a. *Peripheral pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit, mukosa.
- b. *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- c. *Referred pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri
- d. *Central pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang

otak, dan thalamus.

5). Nyeri berdasarkan sifatnya:

- a. *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- b. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- c. *Paroxymal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi

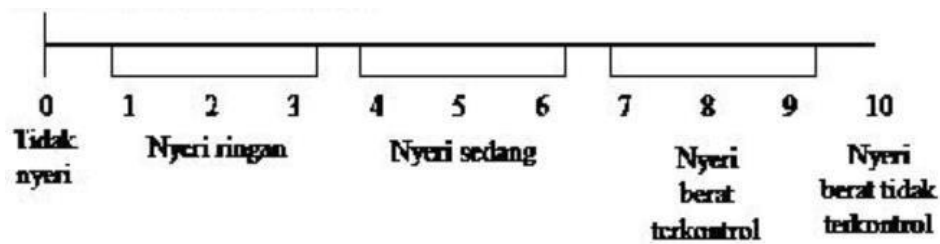
D. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran dari berat ringannya nyeri yang dialami oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan secara berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif lebih cenderung menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran nyeri itu sendiri secara akurat (Andarmoyo, 2013). Beberapa skala intensitas nyeri:

1). Skala intensitas nyeri deskriptif sederhana

Skala pendeskripsian verbal (*verbal descriptor scale*, VDS) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri yang tidak terputuskan”. Skala tersebut ditunjukkan oleh perawat dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru sedang dirasakan rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

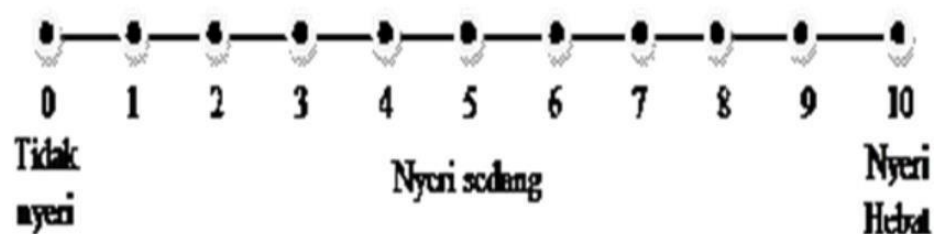


Gambar IV Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

Sumber :Andarmoyo, S.(2013)

2). Skala intensitas nyeri numerik

Skala penilaian numerik (numerical rating scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien dapat menilai nyeri menggunakan skala 0-10, selain itu skala ini juga paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi.

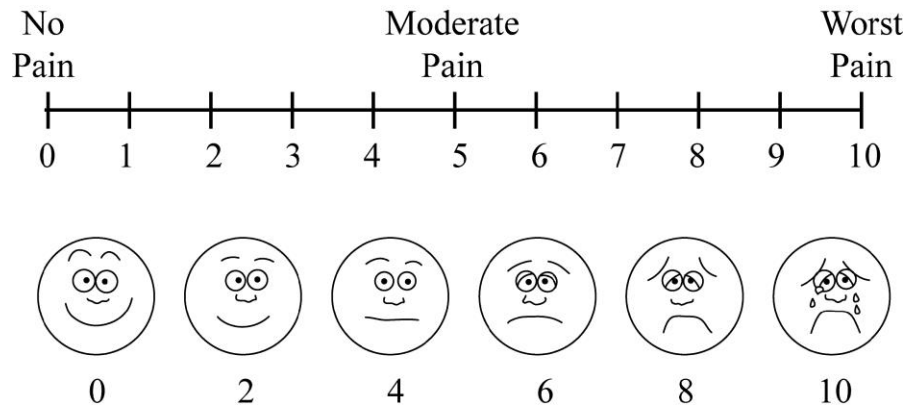


Gambar V Skala Intensitas Nyeri Numerik

Sumber : Andarmoyo, S.(2013)

3). Skala intensitas nyeri *visual analog scale*

Skala analog visual, dalam bahasa latin *visual analog scale* merupakan suatu garis lurus mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan mempunyai alat pendeskripsian verbal di setiap ujungnya.



Gambar VI Skala Intensitas VAS

Sumber : Andarmoyo, S.(2013)

E. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri rasa nyeri merupakan suatu hal yang bersifat kompleks, mencakup pengaruh fisiologis, sosial, spiritual, psikologis dan budaya. Oleh karena itu pengalaman nyeri masing-masing individu berbeda-beda (Putri, 2019).

1).Faktor Fisiologis

Faktor fisiologis terdiri dari usia, gen, dan fungsi neurologis. Pada usia 1-3 tahun (toddler) dan usia 4-5 tahun (prasekolah) belum mampu menggambarkan dan mengekspresikan nyeri secara verbal kepada orang tuanya. Pada usia dewasa akhir, kemampuan dalam menafsirkan nyeri yang dirasakan sangat sukar karena terkadang menderita beberapa penyakit sehingga mempengaruhi anggota tubuh yang sama. Pada orang tua atau elderly, kemampuan metabolisme tubuh telah menurun, dan sering terjadi penurunan kepekaan saraf sehingga elderly mempunyai persepsi nyeri yang kurang.

2).Faktor Sosial

Faktor sosial yang dapat mempengaruhi nyeri terdiri

dari perhatian, pengalaman sebelumnya, dukungan keluarga dan sosial. Perhatian adalah tingkat dimana pasien memfokuskan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan. Frekuensi terjadinya nyeri di masa lampau tanpa adanya penanganan yang adekuat akan membuat seseorang salah menginterpretasikan nyeri sehingga menyebabkan ketakutan. Pasien yang tidak memiliki pengalaman terhadap kondisi yang menyakitkan (nyeri), persepsi pertama terhadap nyeri dapat merusak kemampuan seseorang untuk mengatasi masalah.

3). Faktor Spiritual

Spiritualitas dan agama merupakan kekuatan bagi seseorang. Apabila seseorang memiliki kekuatan spiritual dan agama yang lemah, maka akan menganggap nyeri sebagai suatu hukuman. Akan tetapi apabila seseorang memiliki kekuatan spiritual dan agama yang kuat, maka akan lebih tenang sehingga akan lebih cepat sembuh. Spiritual dan agama merupakan salah satu koping adaptif yang dimiliki seseorang sehingga akan meningkatkan ambang toleransi terhadap nyeri.

4). Faktor psikologis

Faktor psikologis dapat juga mempengaruhi tingkat nyeri. Faktor tersebut terdiri dari kecemasan dan teknik koping. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri. Teknik koping mempengaruhi kemampuan untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang belum pernah mendapatkan teknik koping yang baik tentu respon nyerinya buruk.

5). Faktor Budaya

Faktor budaya terdiri dari makna nyeri dan suku bangsa. Makna nyeri adalah sesuatu yang diartikan seseorang

sebagai nyeri akan mempengaruhi pengalaman nyeri dan bagaimana seseorang beradaptasi terhadap kondisi tersebut. Seseorang merasakan sakit yang berbeda apabila terkait dengan ancaman, kehilangan, hukuman, atau tantangan. Suku bangsa berkaitan dengan budaya. Budaya mempengaruhi ekspresi nyeri. Beberapa budaya percaya bahwa menunjukkan rasa sakit adalah suatu hal yang wajar. Sementara yang lain cenderung untuk lebih introvert.

F. Mekanisme Nyeri

Nyeri merupakan suatu bentuk peringatan akan adanya bahaya kerusakan jaringan. Pengalaman sensoris pada nyeri akut disebabkan oleh stimulus noxius yang diperantarai oleh sistem sensorik nosiseptif. Sistem ini berjalan mulai dari perifer melalui medulla spinalis, batang otak, thalamus dan korteks serebri. Apabila telah terjadi kerusakan jaringan, maka sistem nosiseptif akan bergeser fungsinya dari fungsi protektif menjadi fungsi yang membantu perbaikan jaringan yang rusak. Nyeri inflamasi merupakan salah satu bentuk untuk mempercepat perbaikan kerusakan jaringan. Sensitivitas akan meningkat, sehingga stimulus non noxius atau noxius ringan yang mengenai bagian yang meradang akan menyebabkan nyeri. Nyeri inflamasi akan menurunkan derajat kerusakan dan menghilangkan respon inflamasi.

G. Manajemen Nyeri

1). Manajemen Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri (Dewi Siti Nurkhasanah, 2018). Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan kedalam :

a. Analgesic Opioid (Narkotik)

Analgesik opioid terdiri dari turunan opium, seperti morfin dan kodein. Opioid meredakan nyeri dan memberi rasa euforia (kegembiraan) lebih besar dengan mengikat reseptor opiat dan mengaktivasi endogen dalam susunan saraf pusat. Efek samping dari pemberian analgesik opioid adalah mual, muntah, konstipasi, depresi pernafasan. Semua jenis dari opiat memberikan efek mengantuk pada awal pemberian.

b. Obat-obatan Anti-inflamasi Nonopioid / Nonsteroid (non steroidantiinflammation drugs/NSAID)

Non opioid mencakup asetaminofen dan obat anti inflamasi non steroid (NSAID) seperti ibuprofen. NSAID memiliki efek anti inflamasi, analgesik, dan antipiretik, sementara asetaminofen hanya memiliki efek analgesik dan antipiretik. Obat-obatan ini meredakan nyeri dengan bekerja pada ujung saraf tepi di tempat cedera dan menurunkan tingkat mediator inflamasi serta menurunkan pelepasan prostaglandin di tempat cedera. Efek samping pemberian NSAID yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti ulkus gaster dan perdarahan gaster

c. Analgesik Adjuvan

Analgetik adjuvan merupakan obat yang dikembangkan bukan untuk memberi efek analgetik, tetapi obat ini mampu menurunkan nyeri pada nyeri kronis, seperti diazepam, karbamazepin dan klonazepam

2). Manajemen Non Farmakologi

Tindakan non farmakologi mencakup intervensi perilaku kognitif dan penggunaan agen-agen fisik. Tujuan

intervensi perilakukognitif adalah mengubah persepsi klien tentang nyeri, mengubah perilaku nyeri, dan memberi klien rasa pengendalian yang lebih besar. Sedangkan agen-agen fisik bertujuan memberikan rasa nyaman, memperbaiki disfungsi fisik, mengubah respon fisiologi, dan mengurangi rasa takut yang terkait dengan imobilisasi.

a. Relaksasi

Tindakan relaksasi sebagai upaya pembebasan mental dan fisik dari tekanan dan stress. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa relaksasi dapat menurunkan nyeri terutamanyeri pasca operasi.

b. Kompres Panas dan Dingin

Penggunaan kompres panas/dingin dapat menurunkan sensasi nyeri, selain itu juga dapat meningkatkan proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan. Aplikasi kompres panas/dingin dapat berupa kantong es, massase mandi air dingin/panas, penggunaan selimut atau bantal panas. Kompres panas juga dapat meningkatkan respon inflamasi dan melancarkan aliran darah dalam jaringan. Akan tetapi perlu diperhatikan kontraindikasi pemakaiannya. Kompres panas tidak dapat digunakan pada kasus perdarahan, gangguan vaskular, pleuritis, dan trauma pada 12 - 24 jam pertama.

c. Distraksi

Distraksi adalah suatu pengalihan fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Stimulus yang menyenangkan, dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

2.1.5 Anestesi Spinal

A. Definisi

Anestesi spinal merupakan suatu metode yang bersifat analgesik (menghilangkan nyeri) dan pasien yang dilakukan tindakan tetap sadar dengan penyuntikan obat anestetik pada ruang subaraknoid. Anestesi spinal merupakan teknik anestesi regional yang dilakukan untuk operasi bagian puser ke bawah, daerah kemaluan dan daerah ekstremitas bawah (Michael B, 2012).

B. Indikasi

Anestesi spinal dapat digunakan pada hampir semua operasi abdomen bagian bawah (termasuk seksio sesaria), perineum dan kaki. Anestesi ini memberikan relaksasi yang baik, tetapi lama anestesi yang didapat dengan lidokain hanya sekitar 90 menit. Bila digunakan obat lain, misalnya bupivakain, sinkokain atau tetrakain, maka lama operasi dapat diperpanjang sampai 2-3 jam (Michael B, 2012).

C. Kontraindikasi

- 1). Anestesi spinal merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipovolemia yang tidak terkoreksi. Jika tidak dianestesi, pasien dengan hipovolemia dapat mempunyai tekanan darah yang relatif normal karena vasokonstriksi luas, tapi bila terdapat blokade simpatis pada anestesi spinal, maka vasokonstriksi akan hilang dan menyebabkan kolaps kardiovaskuler berat. Untuk kasus gawat darurat, anestesi umum lebih aman.
- 2). Pasien dengan anemia berat yang tidak terkorksi atau pasien yang mempunyai penyakit jantung, tidak boleh diberi anestesi spinal, karena hipotensi yang terjadi pada pasien akan semakin berat.

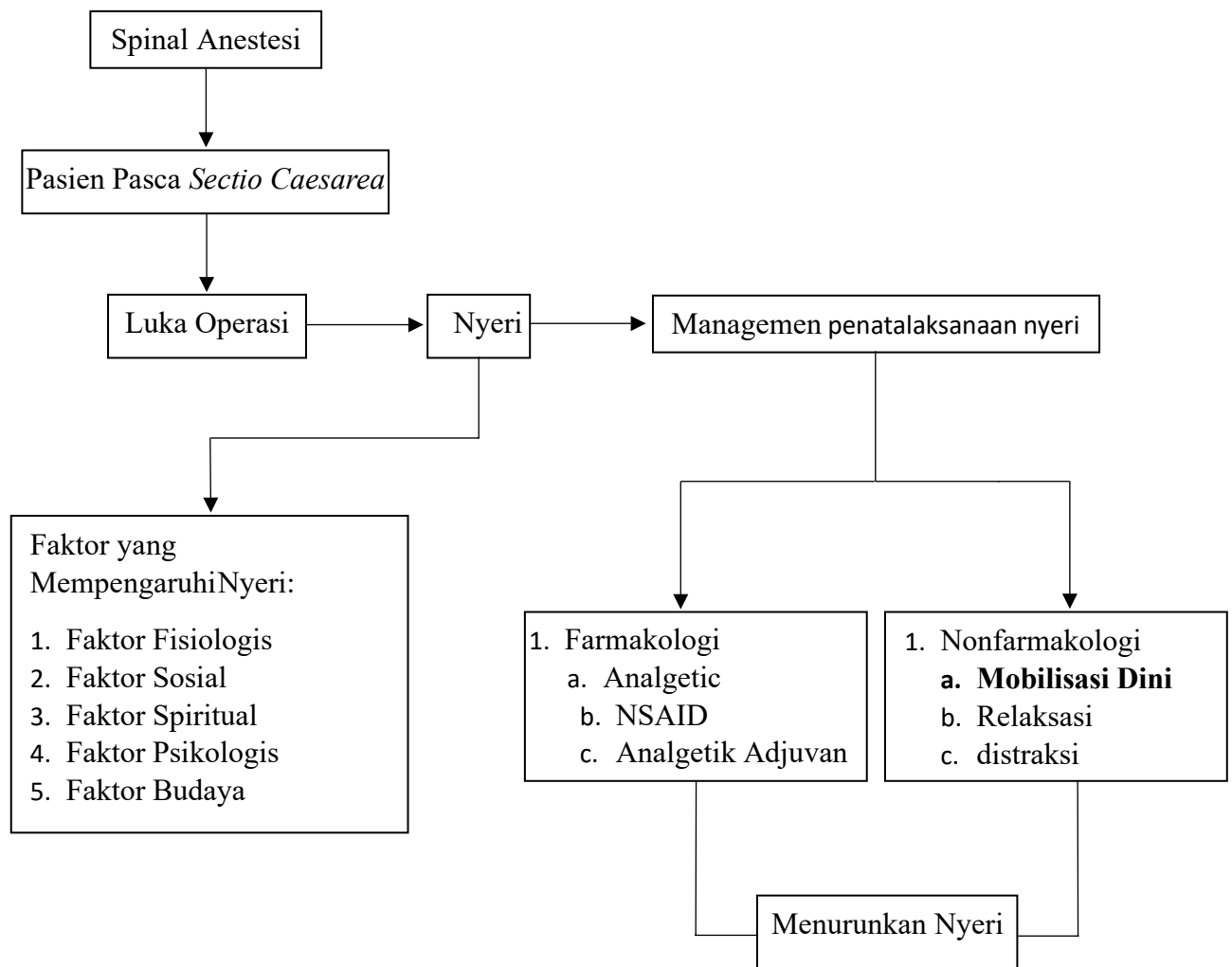
- 3). Seperti pada teknik anestesi lokal lainnya, yaitu bila ada infeksi lokal pada tem-pat penyuntikan dan pada pasien yang sedang menjalani terapi dengan tikoagulan (Michael B, 2012).

D. Komplikasi

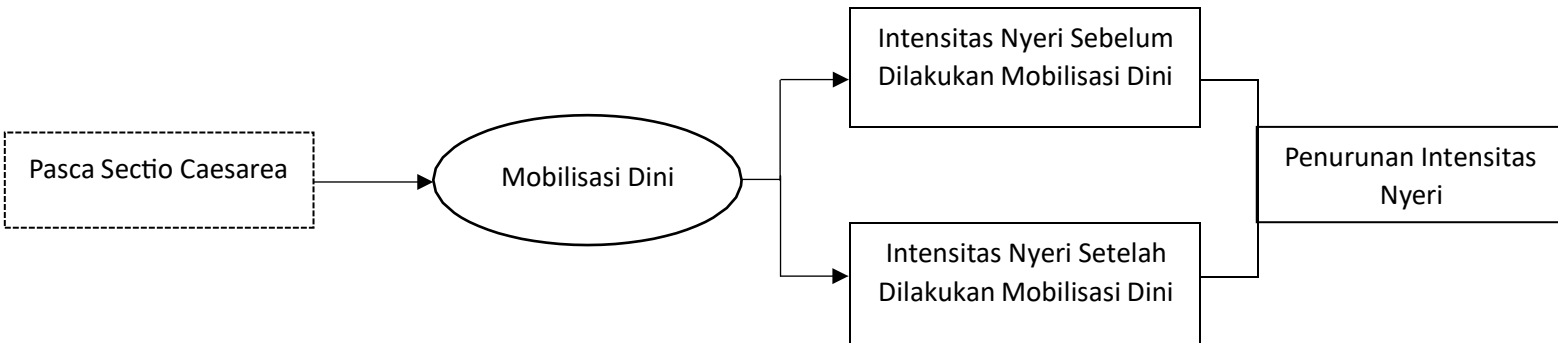
Pemilihan dan perawatan pasien yang tepat harus ditetapkan untuk membantu menghilangkan komplikasi umum yang terkait dengan anestesi spinal. Sementara banyak komplikasi memiliki insiden yang sangat rendah, ada baiknya menyadarinya. Komplikasi parah diyakini sangat jarang, tetapi frekuensinya mungkin diremehkan. Beberapa yang umum adalah:

- 1). Sakit punggung
- 2). Mual, muntah
- 3). Hipotensi
- 4). Gangguan pendengaran frekuensi rendah
- 5). Anestesi spinal total (komplikasi yang paling ditakuti)
- 6). Cedera neurologis
- 7). Hematoma tulang belakang
- 8). Arachnoiditis
- 9). Sindrom neurologis transien

2.2 Kerangka Teori



2.3 Kerangka Konsep



Keterangan :

= Variabel Independent

= Variabel Dependent

= Tidak diteliti

= ————— Diteliti

Berdasarkan kerangka konsep diatas bahwa pasca *sectio caesarea* yang nantinya akan dilakukan mobilisasi dini, saat dilakukannya mobilisasi dini peneliti akan menilai intensitas nyeri pada pasien pasca *sectio caesarea* sebelum dan sesudah diberikannya mobilisasi dini. Hal ini menjadi perhatian khusus apakah ada pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri sehingga peneliti tertarik untuk meneliti intensitas nyeri pada pasien pasca *sectio caesarea*.

2.4 Keaslian Penelitian

NO	JUDUL	METODE PENELITIAN	PERSAMAAN	PERBEDAAN	KESIMPULAN
1	PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI DI RSUD S.K. LERIKKUPANG TAHUN 2018. (Berkanis A DKK 2020)	Penelitian ini merupakan penelitian pre-eksperiment dengan desain penelitian one group pre-posttest design, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu total sampling. Instrumen penelitian yang digunakan adalah instrumen intensitas nyeri baourbanis, sop mobilisasi dini dan instrument mobilisasi menggunakan lembar observasi.	Persamaan pada penelitian ini sama sama membahas mobilisasi dan intensitas nyeri dengan metode pre-eksperiment dengan desain penelitian one group pre-posttest design	Penelitian terdahulu melakukan penelitian pada semua pasien post operasi Penelitian sekarang dilakukan pada pasien pasca operasi sectio caesarea	Hasil uji hipotesis pengaruh mobilisasi dini terhadap intesitas nyeri pada pasien post operasi dengan uji Wilcoxon dengan menggunakan program SPSS 16, menunjukkan bahwa diketahui nilai Z score = -3,947 dengan Pvalue = 0,000 maka H0 di tolak dan H1 di terima sehingga disimpulkan ada pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi di RSUD S.K. Lerik Kupang

2	PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP INTENSITAS NYERI POST SECTIO CAESAREA (SC) DI RUMAH SAKIT PATAR ASIH KECAMATAN BERINGIN KABUPATEN DELI SERDANG TAHUN 2021. (SEMBIRING 2022)	Jenis penelitian ini adalah metode penelitian penelitian eksperimen. Penelitian eksperimen adalah penelitian dengan melakukan kegiatan eksperimen. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik Non Probability Sampling dengan pendekatan purposive sampling. Dimana sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 20 orang. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Early Mobilization dan Dependent Variables atau variabel terikat, yaitu variabel yang dipengaruhi oleh adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini	Persamaan pada Penelitian ini sama sama membahas intensitas Nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea	Penelitian terdahulu melakukan penelitian dengan menggunakan penilaian skala numerik rating scale	Ada 20 responden kasus. Terdapat 10 responden (50,0%) berusia 20-30 tahun (50,0%), 8 responden (40,0%) berpendidikan SLTA, 12 (60,0%) ibu rumah tangga dan 16 multipara paritas (80,0%). Berdasarkan hasil uji statistik diketahui nilai p value $0,000 < 0,05$ yang artinya ada pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri post section cesarea di RS Patar Asih Kecamatan Beringin Kabupaten Deli Serdang tahun 2021
---	--	--	---	--	---

adalah intensitas nyeri.
Teknik pengumpulan data
menggunakan lembar angket
dan lembar observasi
responden. Teknik analisis
data menggunakan uji
Wilcoxon.

3	PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP NYERI POST OPERASI TURP PADA PASIEN BPH DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL 2018	Desain penelitian quasi experiment dengan tipe pretest posttest control design. Sampel diambil dengan teknik purposive sampling sebanyak 30 pasien post operasi TURP yang di rawat di unit rawat inap bedah RSU PKU Muhammadiyah Bantul.	Persamaan pada Penelitian ini sama sama membahas intensitas nyeri dan mobilisasi	Penelitian terdahulu melakukan penelitian post operasi turp pada pasien bph Penelitian sekarang dilakukan pada pasien pasca operasi sectio caesarea	Intensitas nyeri post operasi TURP pada pasien BPH sebelum dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi sebagian besar pada skala 3 (40%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar pada skala 5 (33,3%). Intensitas nyeri post operasi TURP

Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi. Hasil penelitian dianalisis dengan uji Mann-Whitney	setelah dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi sebagian besar pada skala 1 (53,3%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar pasien memiliki intensitas nyeri skala 4 (53,3%). Hasil uji MannWhitney diperoleh p-value sebesar $0,004 < 0,05$
---	--

Tabel I Definisi Operasional