

BAB II

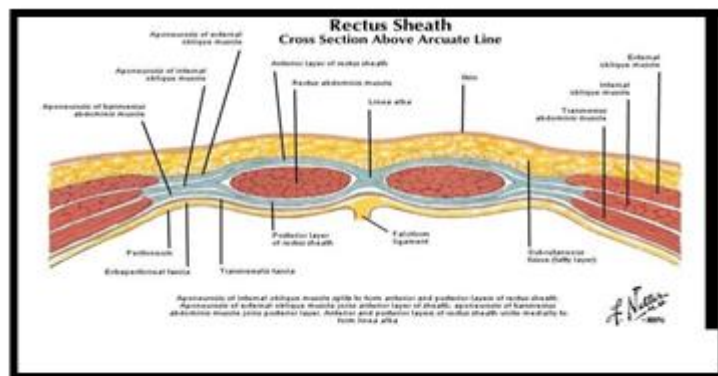
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sectio Caesarea

2.1.1 Anatomi Fisiologi Kulit Abdomen

Kulit adalah suatu pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan, kulit juga merupakan alat tubuh terberat dan terluas ukurannya yaitu 15% dari berat tubuh manusia, rata rata tebal kulit 1-2 mm, kulit terbagi atas 3 lapisan pokok yaitu, epidermis, dermis dan subkutan atau subkutis (Wibisono, 2019).

Gambar 2.1
Kulit Abdomen



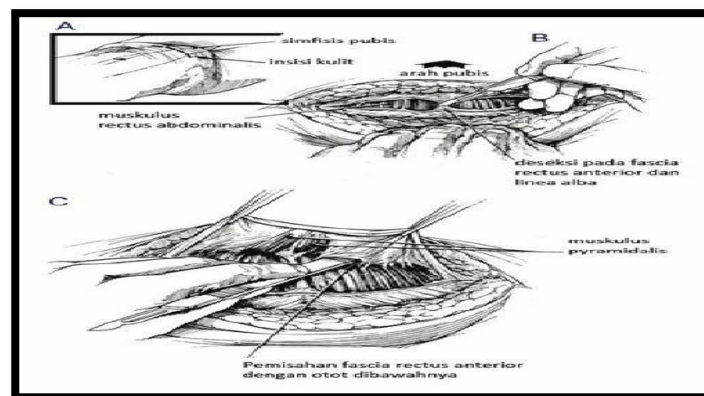
Kulit terdiri dari 3 bagian yaitu:

1. Lapisan epidermis merupakan lapisan luar, terdiri dari epitel skuamosa bertingkat. Sel-sel yang menyusunnya dibentuk oleh lapisan germinal dalam epitel silindris dan mendatar, ketika didorong oleh sel-sel baru ke arah permukaan, tempat kulit terkikis oleh gesekan. Lapisan luar terdiri dari keratin, protein bertanduk. Jaringan ini tidak memiliki pembuluh darah dan sel-selnya sangat rapat.
2. Lapisan dermis adalah lapisan yang terdiri dari kolagen, jaringan fibrosa dan elastin. Lapisan superfisial menonjol ke dalam epidermis berupa sejumlah papila kecil.

lapisan yang lebih dalam terletak pada jaringan subkutan dan fascia lapisan ini mengandung pembuluh darah, pembuluh limfe dan saraf.

3. Lapisan subkutan mengandung sejumlah sel lemak, berisi banyak pembuluh darah dan ujung saraf. lapisan ini mengikat kulit secara longgar dengan organ-organ yang terdapat dibawahnya. Dalam hubungannya dengan tindakan *Sectio Cesarea*, lapisan ini adalah pengikat organ-organ yang ada di abdomen, khususnya uterus organ-organ di abdomen di lindungi oleh selaput tipis yang disebut peritonium. dalam tindakan *Sectio Caesarea*, sayatan dilakukan dari kulit lapisan terluar (epidermis sampai dinding uterus).

Gambar 2.2
Otot Perut dan Fascia



1. Fascia

Di bawah kulit, fascia superfisial di bagi menjadi lapisan lemak yang dangkal, Camper's fascia, dan yang lebih dalam lapisan fibrosa,. Fascia profunda terletak pada otot-otot perut, menyatu dengan fascia profunda paha. Susunan ini membentuk pesawat antara Scarpa's fascia dan perut dalam fascia membentang dari bagian atas paha bagian atas perut. Di bawah lapisan terdalam otot abdominis transverses, terletak fascia transversalis. Para fascia transversalis dipisahkan dari peritoneum

parietalis oleh variabel lapisan lemak. Fasia adalah lembar jaringan ikat atau mengikat bersama-sama meliputi struktur tubuh.

2. Otot perut

Otot perut terdiri dari otot dinding perut anterior dan lateral, serta otot dinding perut posterior. Otot dinding perut anterior dan lateral (*rectus abdominis*) meluas dari bagian depan margo costalis di atas dan pubis di bagian bawah. Otot itu disilang oleh beberapa pita fibrosa dan berada didalam selubung. Linea alba adalah pita jaringan yang membentang pada garis tengah dari proceuss xiphodius sternum ke simpisis pubis, memisahkan kedua *musculus rectus abdominis*.

Obliquus externus, *obliquus internus* dan *transverses* adalah otot pipih yang membentuk dinding abdomen pada bagian samping dan depan. Serat *obliquus externus* berjalan ke arah bawah dan atas, serat *obliquus internus* berjalan ke atas dan ke depan serat *transverses* (otot terdalam dari otot ketiga dinding perut) berjalan transversal di bagian depan ketiga otot terakhir otot berakhir dalam satu selubung bersama yang menutupi *rectus abdominis*. Otot dinding perut posterior (*Quadrates lumbolus*) adalah otot pendek persegi pada bagian belakang abdomen, dari costa keduabelas diatas ke krista iliaca.

2.1.2 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum

sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2012). *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015).

Beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram.

2.1.3 Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Amin & Hardi (2013) operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut:

- 1) Indikasi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *Cefalo Pelvik Disproportion* (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).
- 2) Indikasi yang berasal dari janin *Fetal distress/* gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu *plasenta previa*,

solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

2.1.4 Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Falentina (2019), penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut :

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

- 2) PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

- 3) KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah

hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriookarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan *intrauterine*. Berkurangnya kekuatan membran disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

4) Bayi Kembar

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

5) Faktor Hambatan Jalan Lahir

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

6) Kelainan letak janin

1. Kelainan letak kepala

a. Letak kepala tengadah

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

b. Presentasi muka

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

c. Presentasi dahi

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

2. Letak sungsang

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

3. Kelainan letak lintang

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

2.1.5 **Komplikasi *Sectio Caesarea***

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

1. Hemoragi, Paling buruk dari sudut insisi uterus atau pada plasenta previa.

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

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang *Sectio Caesarea*

Martowirjo (2018) berpendapat pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada Sectio Caesarea adalah sebagai berikut :

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin atau glukosa.
- d. Pelvimetri : menentukan CPD.
- e. Kultur : mengidentifikasi adanya virus heres simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.

- g. Amniosintess : mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres : mengkaji respons janin terhadap gerakan atau stres dari pola kontraksi uterus atau pola abnormal.
- i. Penentuan elektronik selanjutnya : memastikan status janin atau aktivitas uterus.

2.1.7 Pelaksanaan *Sectio Caesarea*

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

1. Ruang Pemulihan

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

2. Ruang Perawatan

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

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

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

d) Pengawasan fungsi *vesika urinaria* dan usus

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

e) Ambulasi dini

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

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

f) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *Sectio Caesarea*.

g) Keluarga berencana

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

h) Perawatan luka

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

i) *Personal Hygiene*

Perawatan Payudara Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan menyusui bayinya. Perawatan Perineum Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai

terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

2.2 Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut Solehati dan Kosasih, 2015 bahwa nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

2.2.2 Fisiologi Nyeri

Solehati dan Kosasih, mengemukakan hampir semua jaringan tubuh terdapat ujung-ujung saraf nyeri. Ujung ujung saraf ini merupakan ujung saraf yang bebas dari reseptornya adalah *nociceptor*. *Nociceptor* ini akan aktif bila dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanik, dan suhu. Zat-zat kimia yang merangsang rasa nyeri antara lain: bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, dan asam asetat, sedangkan enzim proteolitik dan substansi P akan meningkatkan sensitivitas dari ujung saraf nyeri. Semua zat kimia ini berasal dari dalam sel. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan maka zat-zat tersebut akan keluar merangsang reseptor nyeri, sedangkan pada mekanik umumnya karena spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot akan menyebabkan penekanan pada pembuluh darah sehingga terjadi iskemia pada jaringan, sedangkan kontraksi otot terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi sehingga jaringan kekurangan nutrisi dan oksitosin yang mengakibatkan terjadinya mekanisme anaerob dan

menghasilkan zat besi sisa, yaitu asam laktat yang berlebihan. Kemudian, asam laktat tersebut akan merangsang serabut rasa nyeri

2.2.3 Etiologi Nyeri

Nyeri terjadi karena adanya stimulus nyeri, antara lain:

1. Fisik (termal, mekanik, elektrik)
2. Kimia Apabila ada kerusakan pada jaringan akibat adanya kontinuitas jaringan yang terputus, maka histamin, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin akan diproduksi oleh tubuh. Zat-zat kimia ini akan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri ini diteruskan ke Central Nerve System (CNS) untuk kemudian ditransmisikan pada serabut tipe C yang menghasilkan sensasi seperti terbakar pada serabut tipe A yang menghasilkan nyeri, seperti tertusuk (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi nyeri, diantaranya:

1. Lingkungan

Mengemukakan akan mempengaruhi persepsi nyeri. Lingkungan yang ribut dan terang akan meningkatkan intensitas nyeri

2. Keadaan Umum

Kondisi umum yang menurun, misalnya kelelahan dan kurangnya asupan nutrisi dapat meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan klien. Begitu juga rasa haus, dehidrasi, dan lapar akan meningkatkan persepsi nyeri.

3. Endorfin tingkatan endorfin berbeda-beda antara satu orang dan yang lainnya. Hal inilah yang sering menyebabkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang berbeda dengan yang lainnya

4. Faktor Situasional pengalaman nyeri klien pada situasi formal akan terasa lebih besar daripada pada saat sendirian. Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh taruma jaringan. 5. Jenis Kelamin Merupakan faktor penting dalam merespons adanya nyeri. Dalam suatu studi dilaporkan, bahwa laki-laki kurang merasakan nyeri dibandingkan dengan wanita berdasarkan etnis tertentu (Solehati dan Kosasih, 2015).

6. Status Emosi Status emosional sangat memegang peranan penting dalam persepsi dan membuat impuls rasa nyeri lebih cepat disampaikan. Adapun status emosi yang sangat mempengaruhi persepsi rasa nyeri pada individu antara lain; kecemasan, ketakutan, dan kekhawatiran.

7. Pengalaman yang lalu adanya pengalaman nyeri sebelumnya akan mempengaruhi respons nyeri pada klien. Contohnya, pada wanita yang mengalami kesulitan, kecemasan, dan nyeri pada persalinan sebelumnya akan meningkatkan respons nyeri.

8. Reaksi terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Solehati dan Kosasih, 2015).

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti rasa ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit (Solehati dan Kosasih, 2015).

9. Ansietas dan Kepribadian

Ketakutan akan nyeri atau antisipasi terhadap tingkat nyeri yang tinggi akan meningkatkan ansietas, yang sebaliknya akan menyebabkan lingkaran yang terus

berputar. Dengan meningkatnya ansietas akan mengakibatkan peningkatan sensitivitas nyeri

10. Budaya dan Sosial

Bahwa persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh fungsi nonfisiologis, seperti kebudayaan seseorang.

11. Usia

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh usia maka semakin mentoleransi rasa nyeri yang timbul, Kemampuan untuk memahami dan mengontrol nyeri kerap kali berkembang dengan bertambahnya usia.

12. Arti Nyeri mengemukakan nyeri memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang. Nyeri memiliki fungsi proteksi yang penting dengan memberikan peringatan, bahwa ada kerusakan yang sedang terjadi. Arti nyeri meliputi: kerusakan, komplikasi, penyakit baru, berulangnya penyakit, penyakit fatal, meningkatnya ketidakmampuan, dan kehilangan mobilitas.

13. Fungsi Kognitif bahwa ingatan akan nyeri tidak selalu akurat. Setiap klien mempunyai strategi koping (Penyelesaian masalah) yang berbeda-beda untuk mengatasi pengalaman yang menyakitkan (Solehati dan Kosasih, 2015).

14. Kepercayaan terhadap agama dapat mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri yang timbul. Kemungkinan, individu mempercayai bahwa nyeri sebagai hukuman dan dapat mengurangi kesalahan yang dilakukannya. (Solehati dan Kosasih, 2015)

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Nyeri diklasifikasi menjadi:

1. Nyeri Akut

Merupakan suatu nyeri yang dapat dikenali penyebabnya, waktunya pendek, dan diikuti oleh peningkatan tegangan otot dan kecemasan tersebut dapat meningkatkan persepsi nyeri. Contohnya, adanya luka karena cedera atau operasi (Solehati dan Kosasih, 2015)

2. Nyeri Kronis

Merupakan suatu nyeri yang tidak dapat dikenali dengan jelas penyebabnya. Nyeri ini kerap kali berpengaruh pada gaya hidup klien. Nyeri kronis biasanya terjadi pada rentang waktu 3-6 bulan (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.2.6 Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri.

Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda (Aydede, 2017).

1. Respons Fisiologi

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan

2. Respons Perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik

dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Aydede, 2017).

Respon perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 2. 1

Respon Perilaku Nyeri pada Klien

Respon Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak napas 4. Mendengkur
Eksplorasi wajah	1. Meringis 2. Menggertakkan gigi 3. Mengerutkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5. Menggigit bibir
Gerakan tubuh	1. Gelisah 2. Imobilisasi 3. Ketegangan otot 4. Peningkatan gerakan jari dan tangan

	5. Aktivitas melangkah yang tanggall ketika berlari atau berjalan 6. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 7. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	1. Menghindari percakapan 2. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri 3. Menghindari kontak sosial 4. Penurunan rentang perhatian

2.2.7 Pengkajian Nyeri

Menurut Pinzon (2016) Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

1. Provocates/palliates (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.

2. Quality (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya.

3. Region (R)

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.

4. Severity (S)

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

5. Time (T)

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “ sudah merasa nyeri berapa lama?”.

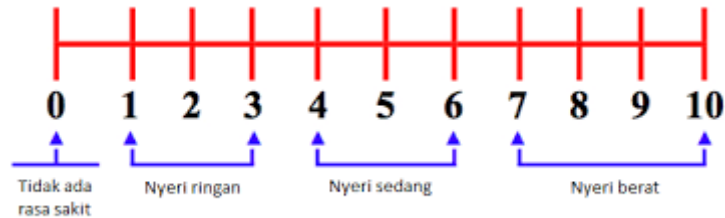
2.2.8 Skala Nyeri

Skala intensitas nyeri menurut Potter dan Perry (2010) adalah sebagai berikut:

a. Skala intensitas nyeri Numerik (Numerik Pain Rating Scales)

Skala penilaian NPRS (Numerik Pain Rating Scales) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendiskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.

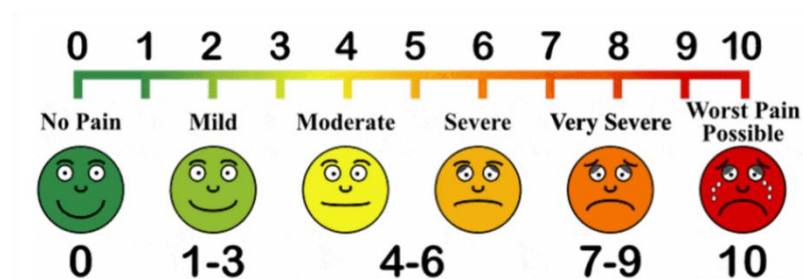
Gambar 2.3
Gambar Skala Nyeri Numerik



b. Skala nyeri Wong & Baker

Merupakan skala bergambar ekspresi wajah dari ekspresi senyum atau gembira sampai ekspresi menangis yang menunjukkan nyeri yang sangat hebat. Pasien dapat menentukan sendiri gambaran ekspresi dari skala untuk menggambarkan intensitas nyeri yang dialami.

Gambar 2.4
Gambar Skala Nyeri Wong & Baker



2.2.9 Penanganan Nyeri

Strategi ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Pendekatan Farmakologis Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik, antara lain obat sedatif, narkotika, hipnotik yang diberikan

secara sistemik , tranquilizer, short acting barbiturate, skopolamin, nitrous oxide (Solehati dan Kosasih, 2015).

2. Pendekatan Non-farmakologis

a. Pendekatan dengan modulasi psikologis nyeri, seperti relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, umpan balik biologis, psikopropilaksis, dan distraksi (Solehati dan Kosasih, 2015).

b. Modulasi sensorik nyeri, seperti masage, akupuntur, akupresur, Transcutaneous electrical nerve stimulations (tens), musik, hidroterapi zet, homeopati, modifikasi lingkungan persalinan, pengaturan posisi dan postur, serta ambulasi, teknik genggam jari (Solehati dan Kosasih, 2015).

2.3 Terapi Relaksasi Benson

2.3.1 Definisi Terapi Relaksasi Benson

Menurut Benson, H. and Proctor (2000) tehnik Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2016). Terapi Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi dengan melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien.

2.3.2 Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Manfaat dari relaksasi benson terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang. (Benson, H. and Proctor, 2000).

2.3.3 Pendukung Terapi Relaksasi Benson

Menurut Benson, H. and Proctor, (2000) Pendukung dalam Terapi Benson meliputi :

- 1) Perangkat Mental Untuk memindahkan pikiran yang berada di luar diri, harus ada rangsangan yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat adalah fokus dalam melakukan relaksasi benson. Fokus pada kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktifitas saraf simpatik.
- 2) Suasana tenang Suasana yang tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau frase dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.
- 3) Sikap pasif Sikap ini sangat penting karena berguna untuk mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu sehingga dapat berfokus pada pengulangan kata atau frase.

2.3.4 Prosedur Terapi Relaksasi Benson

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEKNIK RELAKSASI BENSON

PENGERTIAN	Teknik Relaksasi benson adalah teknik pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan.
TUJUAN	Menurunkan atau mengurangi nyeri ,mengendalikan ketegangan otot , dan juga mengendalikan pernapasan.
WAKTU	Selama 10 – 15 menit
PERSIAPAN KLIEN DAN LINGKUNGAN	1. Identifikasi tingkat nyeri klien 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
ALAT	1. Pengukur waktu 2. Catatan observasi klien 3. Pena dan buku Catatan Kecil
TAHAP ORIENTASI	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
PROSEDUR	1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk

	2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata. 3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks. 4. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah. 5. Ulang terus point 4 selama 10-15 menit
TERMINASI	1. Observasi skala nyeri setelah intervensi 2. Ucapkan salam

2.4 Kerangka konseptual

Bagan 2.4
Kerangka Konseptual

