

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Sectio Caesarea*

a. Pengertian

Sectio Caesarea yaitu suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat *insisi* pada dinding *abdomen* dan *uterus* atau persalinan buatan. Sehingga janin dilahirkan melalui perut, dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Sugeng Jitawiyono & Kristiyanasari 2012).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan , dimana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Jitowiyono, 2017).

b. Jenis – jenis *Sectio Caesarea*

Jenis – jenis *Sectio Caesarea* antara lain adalah :

- 1) *Sectio Caesarea Klasik (corporal)* dengan sayatan memanjang pada *korpus uteri* kira-kira sepanjang 10 cm.
- 2) *Sectio Caesarea ismika (profunda)* dengan sayatan melintang *konkaf* pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.
- 3) *Sectio Caesarea Transperitonialis* yang terdiri dari *Sectio ekstra peritonelis*, yaitu tanpa membuka *peritoneum*

parietalis dengan demikian tidak membuka *kavum abdominal* (Sugeng Jitowiyono, 2012)

c. Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

Pada umumnya *Sectio Caesarea* tidak dilakukan pada janin mati, syok anemia berat sebelum diatasi, kelainan kongenital berat (Sugeng Jitowiyono, 2012)

d. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Rantauprapat (2015), dalam kutipan Hasmirah mira, Indikasi yang berasal dari ibu yaitu pada *primigravida* dengan kelainan letak *primiparatua* disertai kelainan letak, *disproporsi Cephalo Pelvik* (ketidak sesuaian ukuran kepala janin dan panggul). Sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, *plasenta previa* terutama pada *primigravida*, kehamilan yang disertai penyakit jantung dan DM. Indikasi yang berasal dari janin yaitu *Fetal distress* atau gawat janin, *Malpresentase* dan *malposisi* kedudukan janin, *Prolapsus* talipusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan *vakum* (Sugeng Jitowiyono, 2012)

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi tindakan *Sectio Caesarea*

1) Umur ibu

Umur ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan,

persalinan dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda dan terlalu tua (< 20 tahun atau > 35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan, sebab ibu yang hamil terlalu muda keadaannya tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan dan nifas serta merawat bayinya. Sedangkan ibu yang usianya 35 tahun atau lebih akan menghadapi resiko seperti kelainan bawaan dan penyakit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh jaringan otot rahim kurang baik untuk menerima kehamilan. Proses reproduksi sebaiknya berlangsung pada ibu berumur antara 20 hingga 34 tahun karena jarang terjadi penyulit kehamilan dan juga persalinan (Prawirohardjo, 2010)

2) Paritas ibu

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas *viabilitas* dan tidak melihat janinnya hidup atau mati saat dilahirkan serta tanpa mengingat jumlah anaknya. Artinya kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu paritas (Oxorn, 2010). Paritas tinggi yaitu jumlah anak lebih dari empat berpotensi untuk timbulnya kelainan *ginekologis* dan *non obstetrik* serta mempunyai angka kematian *maternal* lebih tinggi (Prawirohardjo, 2008)

f. Kelainan janin yang beresiko dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*

- 1) Janin kembar melekat (*Double Monster*) adalah keadaan perlekatan antar dua janin pada kehamilan kembar.
- 2) Letak sungsang merupakan letak janin yang memanjang dengan bokong sebagai bagian terendah (*presentasi bokong*).
- 3) Letak lintang dimana sumbu panjang janin tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu (bahu janin akan menjadi bagian terendah).
- 4) Letak majemuk yaitu letak dimana disamping bagian terendah teraba anggota badan (tangan yang menumbung pada letak bahu atau adanya kaki disamping bokong).
- 5) Kehamilan *gemeli* (kembar 2 atau lebih).
- 6) *Rupture uterus* yaitu robekan lapisan otot *uterus* (lengkap atau *parsial*) rasa sakit yang amat sangat, menghilangnya *kontraksi*, perdarahan *internal masif*, kematian janin.
- 7) Cincin *retraksi uterus* merupakan tipe *patologis* yang umum (penyumbat persalinan menyumbat turunnya janin)

g. Resiko persalinan *Sectio Caesarea*

Menurut Suwignyo siswosuharjo, 2010 dalam kutipan (Rantauprapat, 2015).

- 1) Resiko bagi ibu dalam jangka waktu pendek : mual, muntah, menggigil, merasa kehilangan emosi, gangguan pada sistem pernafasan, kejang-kejang dan pusing.
- 2) Resiko bagi ibu dalam jangka waktu panjang : komplikasi sistem saraf, sakit pada bagian belakang tubuh (bisa menahun), kehilangan kontrol untuk buang air kecil maupun air besar, dan kehilangan sensasi pada bagian perineum (daerah antara vagina dan anus) (Rahmawati. T, 2012).
- 3) Resiko bagi bayi: kekuatan dan kemampuan gerak otot tubuhnya kurang baik pada jam-jam pertama setelah dilahirkan dan demam karena mengalami penurunan suhu tubuh (Bahiyatun, 2009)

h. Keuntungan *Sectio Caesarea*

Sebelum keputusan untuk melakukan tindakan *Sectio Caesarea* diambil, harus dipertimbangkan secara teliti dengan resiko yang mungkin terjadi. Pertimbangan tersebut harus berdasarkan penilaian pra bedah secara lengkap yang mengacu pada syarat-syarat pembedahan dan pembiusan dalam

menghadapi kasus gawat darurat. Tindakan *Sectio Caesarea* memang memiliki keuntungan dan kerugian.

Keuntungan *Sectio Caesarea* antara lain :

- 1) Proses melahirkan waktunya yang lebih singkat.
- 2) Rasa sakit minimal.
- 3) Tidak mengganggu atau melukai jalan lahir

i. Kerugian *Sectio Caesarea*

- 1) Kerugian yang dapat menimpa ibu antara lain :
 - a) Resiko kematian empat kali lebih besar dibanding persalinan normal.
 - b) Darah yang dikeluarkan dua kali lipat dibanding persalinan normal.
 - c) Rasa nyeri dan penyembuhan luka pasca operasi lebih lama dibandingkan persalinan normal.
 - d) Jahitan bekas operasi beresiko terkena infeksi sebab jahitan itu berlapis-lapis dan proses keringnya bisa tidak merata.
 - e) Perlekatan organ bagian dalam karena noda darah tidak bersih.
 - f) Kehamilan dibatasi dua tahun setelah operasi.
 - g) Harus di *Sectio Caesarea* lagi saat melahirkan kedua dan seterusnya.

h) Pembuluh darah dan kandung kemih bisa tersayat pisau bedah.

i) Air ketuban masuk pembuluh darah yang bisa mengakibatkan kematian mendadak saat mencapai Paru-paru dan Jantung (Sunaryo, 2008)

2) Kerugian yang dapat menimpa bayi antara lain :

a) Resiko kematian 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan biasa.

b) Cenderung mengalami sesak nafas karena cairan dalam Paru-paru tidak keluar. Pada bayi yang lahir normal, cairan itu keluar saat terjadi tekanan.

c) Sering mengantuk karena obat penangkal nyeri yang diberikan kepada sang ibu juga mengenai bayi.

j. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram dengan sayatan pada dinding *uterus* yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini untuk ibu yaitu *distorsi* kepala panggul, *disfungsi uterus*, *distorsia jaringan lunak*, *plasenta previa* dan lain-lain. Sedangkan untuk gawat janin, janin besar dan letak lintang. Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum. Luka insisi akan menyebabkan nyeri yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman dan menjadi *port de entris* bagi

kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu *anestesi* bisa bersifat *regional* dan umum. Namun *anestesi* umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan *apnoe* yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa meninggal (Sugeng Jitowiyono, 2017).

Sedangkan pengaruh *anestesi* bagi ibu yaitu pengaruh terhadap *tonus uteri* berupa *atonia uteri* sehingga darah banyak keluar. Pengaruh terhadap saluran nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat *sekret* yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. *Anestesi* ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Makanan yang masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari *motilitas* yang menurun maka peristaltik juga menurun dan berakibat perubahan pola *eliminasi* yaitu konstipasi (Jayanti , 2013).

2. Mobilisasi Dini

a. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan *pasca* bedah. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu *esensial* untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Mobilisasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin berjalan (Ambarwati & wulandari,2010).

Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya *dekubitus*, kekuatan atau penegangan otot-otot diseluruh tubuh dan sirkulasi darah serta pernafasan terganggu, juga adanya gangguan *peristaltik* maupun berkemih. Seringkali dengan keluhan nyeri, klien tidak mau melakukan mobilisasi dini ataupun tidak berani merubah posisi. Disinilah peran perawat sebagai edukator dan motivator kepada pasien sehingga

pasien tidak mengalami suatu komplikasi yang tidak diinginkan.
(Walyani.E.S & Purwostuti, 2015).

b. Tujuan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini sangat penting dalam mencegah *trombosis vena*. Tujuan dari mobilisasi dini adalah membantu untuk menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik. Mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah keseluruhan tubuh (Rukiyah, 2011). Untuk mencegah *atrofi* otot-otot kekauan dan *kontraktur* sendi bahu, untuk mencegah kelainan bentuk (*diformity*) lainnya, maka latihan harus seimbang dengan menggunakan secara bersamaan (Sugeng Jitowijoyo & Weni kristiyanasari, 2012). Dengan melakukan mobilisasi pembengkakan yang terjadi pada urat dan sirkulasi darah dapat normal kembali. Tujuan lain adalah :

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh.
- 2) Mempercepat peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka.
- 3) Membantu pernafasan lebih baik.
- 4) Mempertahankan tonus otot.
- 5) Memperlancar *eliminasi alvi* dan *urin*
- 6) Mengembalikan aktifitas tertentu sehingga pasien kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

- 7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi.
- 8) Meningkatkan fungsi paru-paru dan sirkulasi darah, hal tersebut memperkecil resiko pengumpulan darah, meningkatkan fungsi pencernaan.

Tujuan mobilisasi dini adalah untuk memenuhi dasar sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan dapat mempertahankan diri dengan melindungi diri dari trauma mempertahankan konsep diri.

c. Manfaat mobilisasi dini

- 1) Pada sistem *kardiovaskular* : memperbaiki curah jantung, memperbaiki kontraksi *miokardial*, menguatkan otot jantung, menurunkan tekanan darah memperbaiki aliran vena.
- 2) Pada sistem *respiratori*: meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan, meningkatkan *ventilasi alveolar*, menurunkan kerja pernafasan, meningkatkan pengembangan diafragma.
- 3) Pada sistem metabolik : meningkatkan laju metabolisme basal, meningkatkan penggunaan *glukosa* dan asam toleransi lemak, pemecahan *trigiseril*, meningkatkan mobilitas lambung, meningkatkan produksi panas tubuh.

4) Pada sistem *muskuloskeletal* : memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendiri, memperbaiki toleransi otot, meningkatkan toleransi, mengurangi kelemahan, meningkatkan toleransi terhadap stres, perasaan lebih baik dan berkurangnya penyakit

(Wahid iqbal M & Nurul C,2007)

d. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem *Neuromuskular*. Meliputi sistem otot *skeletal*, sendi *ligament tendon*, *kartilago* dan sistem saraf (Handayani 2009). Mobilisasi dipengaruhi oleh faktor fisiologis yaitu : frekuensi penyakit atau operasi dalam 12 bulan terakhir, tipe penyakit, status *kardiopulmonar*, status *musculo skeletal*, pola tidur, keberadaan nyeri, frekuensi aktivitas dan kelainan hasil laborat. Faktor emosional yaitu faktor yang mempengaruhi suasana hati, depresi, cemas, motivasi, ketergantungan zat kimia dan gambaran diri. Faktor perkembangan yaitu : usia, jenis kelamin, perubahan masa otot karena perkembangan, perubahan sistem *skeletal*.

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi menurut Hidayat (2012) antara lain :

1) Gaya hidup

Mobilisasi seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat ia

tinggal atau masyarakat (Wahid iqbal & Nurul C,2007). Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya makin tinggi pendidikan seseorang akan diikuti perilaku yang meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilisasi seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

2) Proses penyakit dan *injury*

Adanya penyakit tertentu yang diterima seseorang akan mempengaruhi mobilisasi misalnya : seseorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula dengan orang yang baru menjalani operasi karena adanya rasa takut sakit atau nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lamban. Adakalanya klien harus istirahat ditempat tidur karena menderita penyakit tertentu.

3) Kebudayaan

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

4) Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini cadangan energi yang dimiliki masing- masing individu bervariasi. Disamping itu ada kecenderungan seseorang untuk menghindari *stresor* guna mempertahankan kesehatan fisik dan *psikologis* (Wahid iqbal & Nurul C, 2007). Seseorang melakukan mobilisasi jelas membutuhkan energi atau tenaga, orang yang sedang sakit akan berbeda mobilisasinya dengan orang dalam keadaan sehat.

5) Usia dan status perkembangan

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilisasinya dibandingkan dengan seorang remaja. Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dari mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Wahid iqbal & Nurul C , 2007).

e. Tahapan mobilisasi dini

Tahap mobilisasi pada ibu post *Sectio Caesarea* menurut Kasdus (2013) :

1) 6 jam pertama

Ibu post *Sectio Caesrea* istirahat baring, mobilisasi dini yang dilakukan adalah menggerakkan ujung jari kaki dan

memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki.

2) 6-10 jam

Ibu diharuskan untuk dapat miring kiri miring kanan untuk mencegah *trombosis* dan *trombo emboli*. Makan dan minum dibantu mengangkat kaki menekuk lutut, menggeser badan.

3) Setelah 24 jam

Ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk dapat mengangkat tangan setinggi mungkin balik kekiri dan kekanan tanpa bantuan, latihan pernafasan serta makan dan minum tanpa bantuan.

4) Setelah ibu dapat duduk dianjurkan ibu belajar berjalan.

f. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Menurut Aliahani (2010), pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu *post partum Sectio Caesarea* terdiri dari :

1) Hari ke 1 :

a) Berbaring miring kekanan dan kekiri yang dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah ibu sadar.

b) Latihan pernafasan dapat dilakukan ibu sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar.

2) Hari ke 2

a) Ibu dapat duduk 5 menit dan minta bernafas dalam-dalam lalu menghembuskannya disertai batuk-batuk

kecil yang gunanya untuk melonggarkan pernafasaan dan sekaligus menumbuhkan kepercayaan pada diri ibu bahwa ibu mulai pulih.

- b) Kemudian posisi tidur terlentang dirubah menjadi setengah duduk.
 - c) Selanjutnya secara berturut-turut hari demi hari ibu yang sudah melahirkan dianjurkan belajar duduk lama.
- 3) Hari ke 3 sampai ke 5
- a) Belajar berjalan sendiri pada hari setelah operasi.
 - b) Mobilisasi secara teratur dan bertahap serta diikuti dengan istirahat dapat membantu penyembuhan luka.
- 4) Hari ke 4 sampai ke 7
- a) Menekuk *pelvis*
Kontraksikan *abdomen* dan tekan bagian punggung bagian bawah tempat tidur. Jika dilakukan dengan benar *pelvis* akan menekuk. Lakukan 4 hingga tekukkan selama 2 detik.
 - b) Meluncurkan kaki
Berbaring dengan lutut ditekuk dan bernafaslah secara normal. Lalu luncurkan kaki diatas tempat tidur menjauhi tubuh seraya mendorong tumit, ulurkan kaki, sehingga ibu akan merasa sedikit denyutan disekitar *insisi*. Lakukan 4 kali dorongan untuk satu kaki.

c) Sentakan pinggul

Berbaringlah diatas tempat tidur, tekukkan kaki keatas dan rentangkan kaki yang satu lagi. Lakukan gerakan menunjuk kearah bahu, lalu lemaskan. Dorong kaki menjauhi kaki menjauhi tubuh dengan lurus. Lakukan 6 hingga 8 pengulangan.

d) Menggulingkan lutut

Berbaring ditempat tidur, kemudian letakkan tangan disamping tubuh untuk menjaga keseimbangan. Perlahan- lahan gerakkan kedua lutut kesatu sisi. Gerakkan lutut hingga bisa merasakan tubuh ikut berputar. Lakukan 3 kali ayunan lutut ke masing- masing sisi. Akhiri dengan meluruskan kaki.

e) Posisi jembatan

Berbaringlah diatas tempat tidur dengan kedua lutut tertekuk. Bentangkan kedua tangan ke bagian samping untuk keseimbangan. Tekan telapak kaki kebawah dan perlahan-lahan angkat pinggul dari tempat tidur. Rasakan tulang punggung terangkat. Lakukan gerakan ini lima kali sehari.

f) Posisi merangkak

Perlahan-lahan angkat tubuh dengan bertopang kedua tangan dan kaki diatas tempat tidur. Saat ibu

mempertahankan posisi merangkak tanpa merasa tidak nyaman sedikitpun ibu dapat menambah beberapa gerakan dalam rangkaian ini. Tekan tangan dan kaki ditempat tidur dan cobalah untuk melakukan gerakan yang sama dengan sentakan pinggul, sehingga pinggul terdorong kerah bahu. Jika melakukan gerakan ini dengan benar, ibu akan merasa seolah-olah menggoyang-goyangkan ekor. Lakukan gerakan ini 5 kali sehari.

2. Konsep Nyeri

1. Defini nyeri

G. Menurut Koziar & Erb (2010), Nyeri adalah sensasi yang tidak nyaman yang dimanifestasikan sebagai penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi jiwa yang nyata, ancaman dan fantasi luka. Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja mengatakan bahwa ia merasa nyeri. Nyeri merupakan tanda peringatan bahaya terjadi kerusakan jaringan yang harus menjadi pertimbangan utama keperawatan saat mengkaji nyeri (Susanti, 2014).

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain (Koziar & Erb, 2008). Nyeri bersifat *universal*, berbeda persepsi

dan bersifat individual. Nyeri merupakan mekanisme *fisiologis* bertujuan untuk melindungi diri dan disebabkan oleh *stimulus* tertentu (Suryono, 2017).

2. Macam-macam nyeri

Macam-macam nyeri menurut (Suryono, 2017), antar lain :

- 1) Nyeri akut : nyeri yang dirasakan selama periode yang diharapkan.
- 2) Nyeri kronis : nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang menetap selama 6 bulan atau lebih dan mengganggu *fisiologis*.
- 3) Nyeri *kutaneus* : berasal dari kulit atau jaringan *subkutan*.
- 4) Nyeri *somatic* : berasal dari *tendon*, tulang, saraf dan pembuluh darah.
- 5) Nyeri *viseral* : nyeri berasal dari *stimulus* bagian *visceral* (*Abdomen, Thorax, dan Cranial*).
- 6) Nyeri radiasi : nyeri menyebar dirasakan ditempat sumber yang menyebabkan nyeri.
- 7) Nyeri alih : dirasakan pada bagian tubuh yang jauh dari jaringan yang menyebabkan nyeri.
- 8) Nyeri yang tidak dapat dilacak : nyeri yang sulit diatasi.
- 9) Nyeri *neuropatik* : disebabkan kerusakan sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi yang mungkin tidak memiliki *stimulus* nyeri.

10) Nyeri *phantom* : nyeri yang dirasa pada bagian tubuh yang hilang.

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Suryono (2017), adapun beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain :

1) Usia

Perbedaan usia dalam berespon terhadap nyeri. Anak kecil memiliki kesulitan untuk memahami dan mengekspresikan nyeri. Pada lansia mereka lebih untuk melaporkan nyeri karena persepsi nyeri yang harus mereka terima, menyangkal merasakan nyeri karena takut akan konsekuensi atau tindakan medis yang dilakukan dan takut akan penyakit dari rasa nyeri .

2) Jenis kelamin

Seorang lelaki harus lebih berani sehingga tertanamkan yang menyebabkan mereka lebih tahan terhadap nyeri dibanding wanita.

3) Kebudayaan

Beberapa kebudayaan menyakini bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang wajar namun ada kebudayaan yang mengajarkan untuk menutup perilaku untuk tidak memperlihatkan nyeri.

4) Makna nyeri

Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan adaptasi terhadap nyeri.

5) Perhatian

Seseorang yang mampu mengalihkan perhatian, sensasi nyeri akan berkurang. Karena upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) *Ansietas*

Ansietas sering meningkatkan persepsi nyeri dan nyeri dapat menimbulkan *ansietas*.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri yang menurunkan kemampuan.

8) Pengalaman sebelumnya

Seseorang dengan pengalaman nyeri akan lebih terbentuk koping yang baik dibanding orang pertama kali nyeri.

9) Gaya *koping*

Pasien sering menemukan cara mengembangkan *koping* terhadap efek *fisiologis*. Gaya koping ini berhubungan dengan pengalaman nyeri.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran keluarga atau orang yang dicintai akan meminimalkan persepsi nyeri.

4. Pengkajian nyeri

Komponen pengkajian nyeri menurut (Suryono, 2017), antara lain :

1) Lokasi

Nyeri *superficial* biasanya dapat secara akurat ditunjukkan oleh pasien. Sedangkan nyeri yang timbul dari bagian dalam lebih dirasakan secara umum. Nyeri dapat pula dijelaskan menjadi 4 kategori yang berhubungan dengan lokasi :

- a) Nyeri terlokalisir : nyeri jelas terlihat pada area asalnya.
- b) Nyeri terproyeksi : nyeri sepanjang saraf atau serabut saraf spesifik.
- c) Nyeri radiasi : penyebaran nyeri sepanjang area asal yang tidak dapat dilokalisir.
- d) *Reffered pain* (nyeri alih) : nyeri dipersepsikan pada area yang jauh dari area terangsang nyeri.

2) Intensitas

Berberapa faktor yang mempengaruhi nyeri :

- a) *Distraksi atau konsentrasi* dari pasien pada suatu kejadian.
- b) Status kesadaran pasien.
- c) Harapan pasien : nyeri dapat berupa (ringan, sedang, berat atau tak tertahankan). Perubahan intensitas nyeri

dapat menandakan adanya perubahan kondisi *patologis* pasien.

d) Waktu dan lama

Perawat perlu mengetahui atau mencatat kapan nyeri mulai timbul, berapa lama, bagaimana timbulnya dan juga *interval* tanpa nyeri dan nyeri terakhir timbul.

e) Kualitas

Mengkomunikasikan kualitas dari nyeri. Anjurkan pasien menggunakan bahasa yang dia ketahui yaitu nyeri kepala mungkin dikatakan “ ada yang membentur kepalanya “. Nyeri pada perut “ seperti teriris pisau “

f) Perilaku non verbal

Perilaku non verbal yang dapat kita amati antara lain : ekspresi wajah, gemeretak gigi, menggigit bibir bawah.

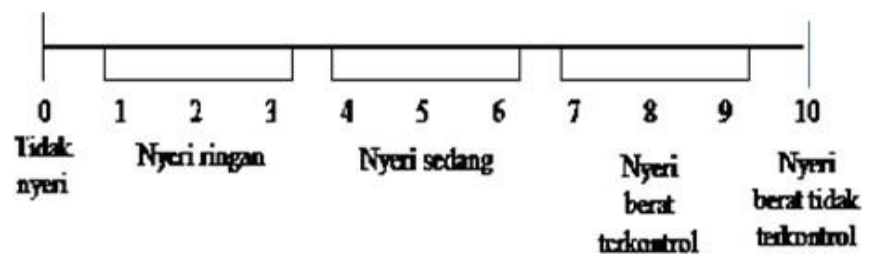
g) Faktor *presipitasi*

Beberapa faktor *presipitasi* yang akan meningkatkan nyeri antara lain lingkungan, suhu ekstrim, kegiatan yang tiba-tiba, *stressor* fisik dan emosi.

5. Skala dan Intensitas nyeri

Intensitas nyeri dapat dilakukan dengan cara salah satunya adalah bertanya pada pasien tentang nyeri atau ketidaknyamanan. Menurut Anas Tamsuri, 2012 pengukuran intensitas nyeri dapat menggunakan skala sebagai berikut :

1) Skala nyeri *Numeric (Numeric Rating Scale)*



Gambar 2.1 Skala nyeri *Numeric (Numeric Rating Scale)*

Keterangan :

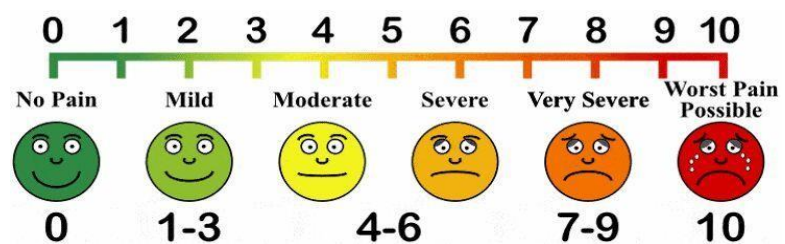
- 0 Tidak nyeri
- 1 – 3 Nyeri ringan : pasien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4 – 6 Nyeri sedang : pasien mendesis menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7 – 9 Nyeri berat : Pasien kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat

mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, dan nafas panjang.

10 Nyeri sangat berat : Pasien tidak mampu berkomunikasi, memukul.

Penggunaan skala nyeri tertulis untuk mengukur nyeri tidak mungkin dilakukan jika pasien mengalami nyeri hebat atau baru saja mengalami pembedahan. Untuk melakukan pengkajian, misalnya menggunakan skala intensitas nyeri *Numeric* 0-10, pasien dapat ditanya “ Pada skala nyeri nol sampai sepuluh, nol berarti tidak nyeri dan sepuluh adalah nyeri paling hebat yang pernah terjadi, seberapa berat nyeri yang anda rasakan saat ini diangka berapa?” Hasil yang diharapkan dari pasien menyatakan menjadi nyaman, perilaku atau gejala-gejala yang berhubungan dengan nyeri berkurang atau hilang.

2) Alat pengukur nyeri / Skala VAS (*Visual Analog Scale*)



Gambar 2.2 Alat pengukur nyeri (Suryono, 2017)

6. Manajemen nyeri

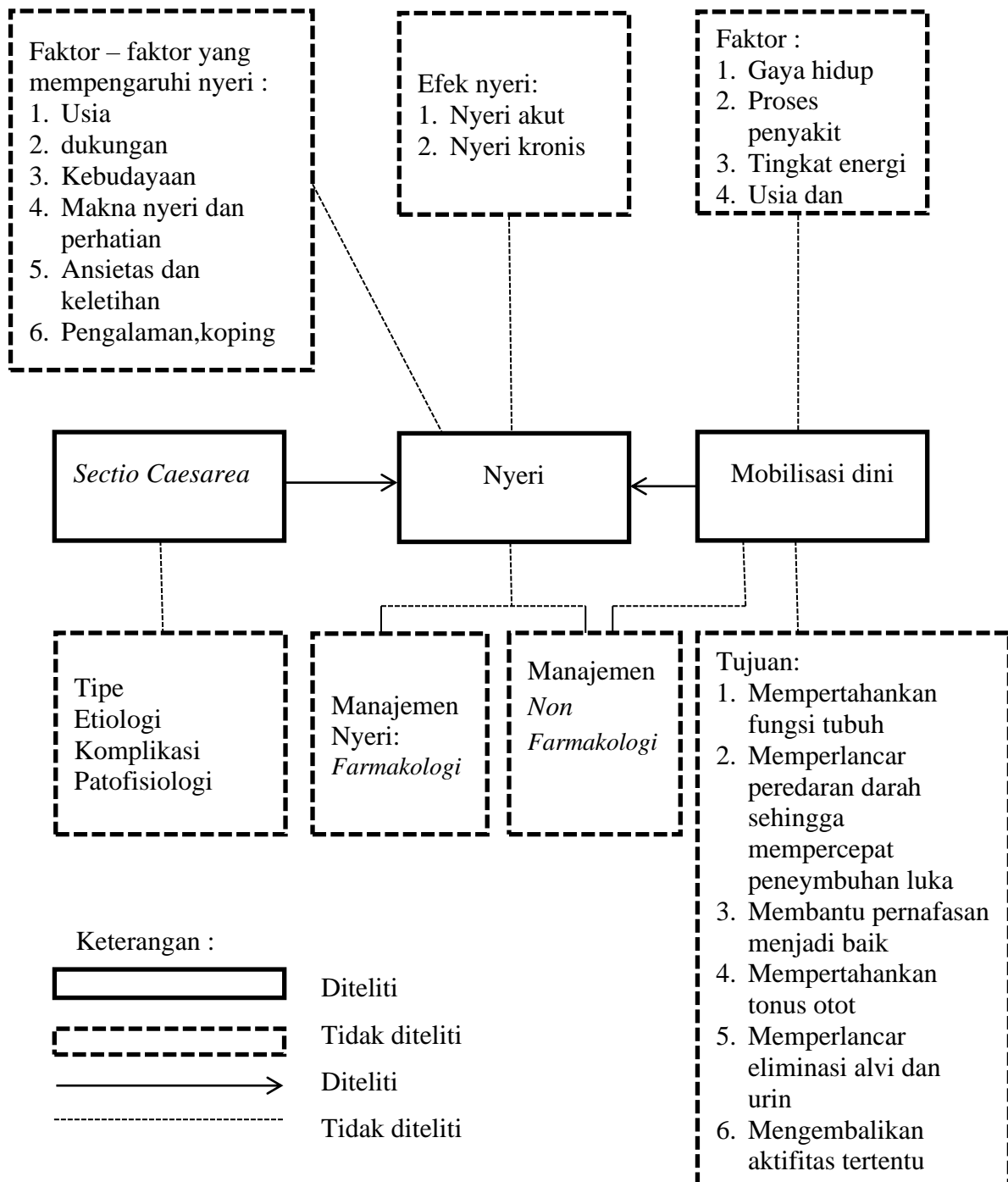
Manajemen nyeri dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Manajemen *farmakologi* dengan menggunakan obat-obatan *analgetik* atau *anestesi* untuk mengurangi nyeri, penggunaan *analgetik* bertujuan untuk mengganggu penerima / stimulasi nyeri dan interpretasi dengan menekan fungsi *talamus* dan *korteks serebri*.

2) Manajemen *non farmakologi*

Manajemen *non farmakologi* ini tidak menggunakan obat - obatan untuk mengurangi nyeri sehingga sebagian dapat digunakan mandiri oleh pasien. Manajemen *non farmakologi* yang bisa dilakukan antara lain : sentuhan terapeutik, *akupresur*, *guided imagery*, *distraksi*, *anticipatory guidance*, *hypnoterapy*, *biofeedback*, *stimulasi kutaneus*, aspek spritual dzikir (Tamsuri,A 2012)

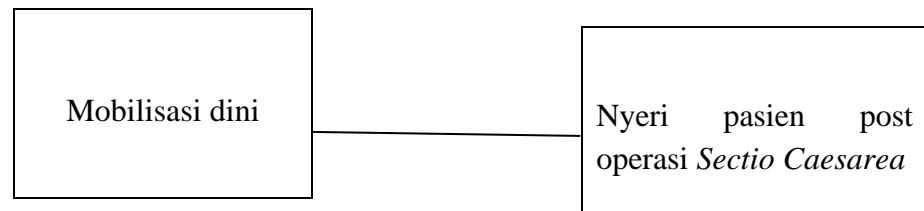
B. Kerangka Teori



Gambar 3. 1 Kerangka teori

Sumber : Sugeng Jitowiyono (2012), Rantauprapat (2015), Handayani (2009), Suryono (2017), Tamsuri Anas (2012).

C. Kerangka Konsep



Gambar 3.2 Kerangka konsep

D. Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara dari 2 kemungkinan jawaban yang disimbolkan dengan H. Kemungkinan jawaban tersebut dipilih berdasarkan teori dan penelitian terdahulu (Sujarweni, 2014).

Adapun hipotesis dari penelitian ini yaitu :

Ada Hubungan mobilisasi dini dengan intensitas nyeri pasien *post Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri.