

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Uraian Teori

1. *Massage Effleurage*

a. Definisi

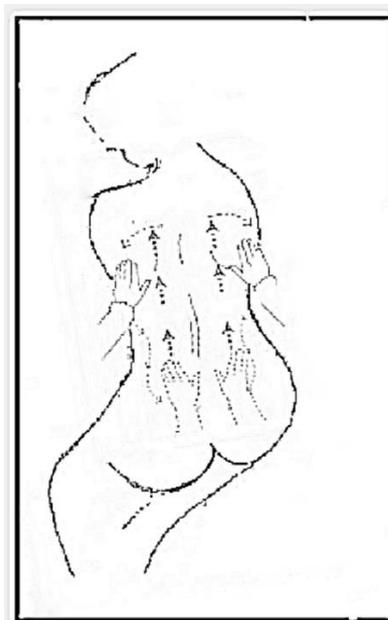
Massage adalah suatu istilah yang digunakan untuk menunjukkan manipulasi tertentu dari jaringan lunak tubuh. Manipulasi tersebut sebagian besar efektif dibentuk dengan tangan diatur guna tujuan untuk mempengaruhi saraf, otot, sistem pernapasan, peredaran darah dan limphe yang bersifat setempat dan menyeluruh (Alimah, 2012).

Massage merupakan salah satu manajemen nyeri non farmakologi untuk membuat tubuh menjadi rileks, bermanfaat mengurangi rasa sakit atau nyeri, menentramkan diri, relaksasi, menenangkan saraf dan menurunkan tekanan darah (Maryunani, 2010).

b. Teknik *Massage Effleurage*

Massage Effleurage adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang

sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik, maka mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik kembali ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut. *Effleurage* adalah suatu pergerakan *stroking* dalam atau dangkal, *effleurage* pada umumnya digunakan untuk membantu pengembalian kandungan getah bening dan pembuluh darah di dalam ekstremitas tersebut. *Effleurage* juga digunakan untuk memeriksa dan mengevaluasi area nyeri dan ketidakteraturan jaringan lunak atau peregangan kelompok otot yang spesifik (Alimah, 2012).



Gambar 2.1 Teknik *Massage Effleurage* Posisi Tidur Miring Kanan.

c. Efek *Massage Effleurage*

Menurut Wijanarko dan Riyadi (2010), ada beberapa efek *massage* yaitu:

1) Efek terhadap peredaran darah dan lymphe

Massage effleurage menimbulkan efek memperlancar peredaran darah. Manipulasi yang dikerjakan dengan gerakan atau menuju kearah jantung, secara mekanis akan membantu mendorong pengaliran darah dalam pembuluh vena menuju ke jantung. *Massage* juga membantu pengaliran cairan limphe menjadi lebih cepat, ini berarti membantu penyerapan sisa-sisa pembakaran yang tidak digunakan lagi.

2) Efek terhadap otot

Massage effleurage memberikan efek memperlancar proses penyerapan sisa-sisa pembakaran yang berada di dalam jaringan otot yang dapat menimbulkan kelelahan. Dengan manipulasi yang memberikan penekanan kepada jaringan otot maka darah yang ada di dalam jaringan otot, yang mengandung zat-zat sisa pembakaran yang tidak diperlukan lagi terlepas keluar dari jaringan otot dan masuk kedalam pembuluh vena. Kemudian saat penekanan kendor maka darah yang mengandung bahan bakar baru mengalirkan bahan tersebut ke jaringan, sehingga kelelahan dapat dikurangi. Selain itu *massage* juga memberi efek bagi otot yang mengalami ketegangan atau pemendekan karena *massage* pada otot berfungsi

mendorong keluarnya sisa-sisa metabolisme, merangsang saraf secara halus dan lembut agar mengurangi atau melemahkan rangsang yang berlebihan pada saraf yang dapat menimbulkan ketegangan.

3) Efek *massage* terhadap kulit

Massage effleurage memberikan efek melonggarkan perlekatan dan menghilangkan penebalan-penebalan kecil yang terjadi pada jaringan di bawah kulit, dengan demikian memperbaiki penyerapan.

4) Efek *massage* terhadap saraf

Sistem saraf perifer adalah bagian dari sistem saraf yang di dalam sarafnya terdiri dari sel-sel saraf motorik yang terletak di luar otak dan susmsum tulang belakang. Sel-sel sistem saraf sensorik mengirimkan informasi ke sistem saraf pusat dari organ-organ internal atau dari rangsangan eksternal. Sel sistem saraf motorik tersebut membawa informasi dari sistem saraf pusat (SSP) ke organ, otot, dan kelenjar. Sistem saraf perifer dibagi menjadi dua cabang yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom. Sistem saraf somatic terutama merupakan sistem saraf motorik, yang semua sistem saraf ke otot, sedangkan sistem saraf otonom adalah sistem saraf yang mewakili persarafan motorik dari otot polos, otot jantung dan sel-sel kelenjar. Sistem otonom ini terdiri dari dua komponen fisiologis dan anatomis yang berbeda, yang

saling bertentangan yaitu sistem saraf simpatik dan parasimpatik, dapat melancarkan sistem saraf dan meningkatkan kinerja saraf sehingga tubuh dapat lebih baik.

5) Efek *massage* terhadap respon nyeri

Menurut Alimul (2009), prosedur tindakan *massage* dengan teknik *effleurage* efektif dilakukan 10 menit untuk mengurangi nyeri. Stimulasi *massage effleurage* dapat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami dan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sinap sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak di hambat. Selain itu teori gate control mengatakan bahwa *massage effleurage* mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A – beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta A berdiameter kecil (Fatmawati, 2017).

Sejauh ini *massage effleurage* telah banyak digunakan untuk mengurangi nyeri persalinan. *Massage effleurage* dapat mengurangi nyeri selama 10-15 menit. *Massage effleurage* membantu ibu merasa lebih segar, rileks, dan nyaman selama persalinan, lebih bebas dari rasa sakit, seperti penelitian Fatmawati (2017), dengan judul efektifitas *massage effleurage* terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara, dalam penelitian ini di dapatkan hasil bahwa nyeri persalinan

sebelum *massage effleurage* nyeri sedang sedangkan setelah *massage effleurage* menjadi nyeri ringan, hal ini berarti *massage effleurage* efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara.

d. Indikasi *massage effleurage*

Menurut (Alimah, 2012) indikasi dari *massage effleurage* adalah sebagai berikut:

- 1) Kelelahan yang sangat
- 2) Otot kaku, lengket, tebal dan nyeri
- 3) Gangguan atau ketegangan saraf
- 4) Kelayuhan atau kelemahan otot

e. Kontraindikasi dari *massage effleurage* adalah sebagai berikut

(Alimah, 2012):

- 1) Cidera yang bersifat akut
- 2) Demam
- 3) Edema
- 4) Penyakit kulit
- 5) Pengapuran pembuluh darah arteri
- 6) Luka bakar
- 7) Patah tulang (fraktur)

2. Pre Anestesi

Anestesi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tatalaksana untuk menghilangkan rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidak

nyaman sehingga pasien merasa lebih nyaman. Agar mendapatkan hasil yang optimal selama operasi dan anestesi maka diperlukan pre anestesi yang baik. Tindakan pre anestesi tersebut merupakan langkah lanjut dari hasil evaluasi pre operasi khususnya anestesi untuk mempersiapkan kondisi pasien, baik psikis maupun fisik pasien agar pasien siap dan optimal untuk menjalani prosedur anestesi dan diagnostik atau pembedahan yang akan direncanakan (Mangku & Tjokorda, 2010).

Tujuan dari pre anestesi:

- a. Mengetahui status fisik klien pre operatif.
- b. Mengetahui dan menganalisis jenis operasi.
- c. Memilih jenis/ teknik anestesi yang sesuai.
- d. Mengetahui kemungkinan penyulit yang mungkin akan terjadi selama pembedahan dan atau pasca pembedahan.
- e. Mempersiapkan obat/ alat guna menanggulangi penyulit yang dimungkinkan. Pada kasus bedah elektif, evaluasi pre anestesi dilakukan sehari sebelum pembedahan. Kemudian evaluasi ulang dilakukan di kamar persiapan instalasi bedah sentral (IBS) untuk menentukan status fisik berdasarkan ASA (*American society of Anesthesiologist*). Pada kasus bedah darurat, evaluasi dilakukan pada saat itu juga di ruang persiapan operasi instalasi rawat darurat (IRD), karena waktu yang tersedia untuk evaluasi sangat terbatas, sehingga sering kali informasi tentang penyakit yang diderita kurang akurat.

Persiapan pre anestesi di rumah sakit meliputi:

- 1) Persiapan psikologis, menurut (Mangku & Tjokorda, 2010):
 - a) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarganya agar mengerti perihal rencana anestesi dan pembedahan yang dijalankan, sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarga bisa tenang.
 - b) Berikan obat sedatif pada klien yang mengalami kecemasan berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien pediatrik (kolaborasi).
 - c) Pemberian obat sedatif dapat dilakukan secara: oral pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari 60- 90 menit, rektal khusus untuk klien pediatric pada pagi hari sebelum masuk IBS (kolaborasi).
- 2) Persiapan fisik, menurut (Mangku & Tjokorda, 2010):
 - a) Hentikan kebiasaan seperti merokok, minum- minuman keras dan obat- obatan tertentu minimal 2 minggu sebelum anestesi.
 - b) Tidak memakai protesis atau aksesoris.
 - c) Tidak mempergunakan cat kuku atau cat bibir.
 - d) Program puasa untuk pengosongan lambung, dapat dilakukan sesuai dengan aturan diatas.
 - e) Klien dimandikan pagi hari menjelang ke kamar bedah, pakaian diganti dengan pakaian khusus kamar bedah dan kalau perlu klien diberi label.

- 3) Pemeriksaan fisik, menurut (Mangku & Tjokorda, 2010) meliputi:
- a) Pemeriksaan atau pengukuran status pasien: kesadaran, frekuensi nafas, tekanan darah, nadi, suhu tubuh, berat badan, dan tinggi badan untuk menilai status gizi pasien.
 - b) Pemeriksaan fisik umum, meliputi pemeriksaan status:
 - (1) Psikologis; gelisah, cemas, takut, atau kesakitan.
 - (2) Syaraf (otak, medulla spinalis, dan syaraf tepi).
 - (3) Respirasi
 - (4) Hemodinamik
 - (5) Penyakit darah
 - (6) Gastrointestinal
 - (7) Hepato- bilier
 - (8) Urogenital dan saluran kencing
 - (9) Metabolik dan endokrin
 - (10) Otot rangka
 - (11) Integumen.

4) Membuat surat persetujuan tindakan medik

Menurut Majid, dkk (2011) membuat surat persetujuan merupakan aspek etik dan hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi.

5) Persiapan lain yang bersifat khusus pre anestesi

Apabila dipandang perlu dapat dilakukan koreksi terhadap kelainan sistemik yang dijumpai pada saat evaluasi pre anestesi misalnya: transfusi, dialisa, fisioterapi, dan lainnya sesuai dengan prosedur tetap tata laksana masing- masing penyakit yang diderita klien (Majid dkk, 2011).

3. Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau ancaman kerusakan jaringan, atau sensasi yang tergambar pada kerusakan jaringan (Pramono, 2017).

Nyeri merupakan keadaan yang dapat mempengaruhi perasaan tidak nyaman bagi tubuh. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan tanda dan gejala seperti ketika ada nyeri, pasien menunjukkan perilaku protektif dan tidak tenang, peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan atau penurunan frekuensi pernapasan, diaphoresis, wajah menyeringai, dan perilaku distraksi, seperti menangis dan merintih (Alimul, 2009).

Nyeri merupakan perasaan tubuh atau bagian tubuh seseorang yang menimbulkan respon tidak menyenangkan dan nyeri dapat memberikan suatu pengalaman rasa (Judha, 2012).

Perawat tidak dapat melihat atau merasakan nyeri yang klien rasakan. Nyeri bersifat subjektif, setiap individu mengalami nyeri yang berbeda dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi baik klien maupun tenaga kesehatan. Perawat perlu mencari pendekatan yang paling efektif dalam upaya pengontrolan nyeri (Potter & Perry, 2010).

b. Klasifikasi Nyeri

1) Klasifikasi nyeri berdasarkan etiologi (Alimul, 2009):

a) Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik adalah nyeri yang dirasakan secara fisik yang timbulnya, derajat beratnya dan lama berlangsungnya akibat faktor psikologis.

b) Nyeri neurologis

Nyeri neurologis adalah bentuk nyeri yang tajam karena adanya spasme di sepanjang atau di beberapa jalur saraf.

c) Nyeri inflamasi

Nyeri inflamasi adalah nyeri yang terasa pada bagian tubuh yang lain, umumnya terjadi akibat kerusakan pada cedera organ visceral.

d) Nyeri phantom

Nyeri phantom adalah nyeri yang disebabkan karena salah satu ekstremitas diamputasi.

2) Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi menurut (Nanda, 2013):

a) Nyeri Akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama (Nanda, 2013).

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan (Nanda, 2013).

3) Klasifikasi nyeri berdasarkan tempatnya (Asmadi, 2008):

a) *Pheriperal pain*

Pheriperal pain adalah nyeri yang tersaa pada permukaan tubuh. Mislanya pada kulit atau mukosa.

b) *Deep pain*

Deep pain adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

c) *Referred pain*

Referred pain adalah 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*

Central pain adalah nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lainnya.

4) Klasifikasi nyeri berdasarkan sifatnya (Asmadi, 2008)

a) *Incidental pain*

Incidental pain adalah nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

b) *Steady pain*

Steady pain adalah nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

c. Mekanisme Nyeri

Nyeri timbul akibat adanya rangsangan pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh, seperti periosteum, permukaan tubuh, otot rangka dan pulpa gigi. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf aferen A delta dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang termal, mekanik, elektrik atau rangsang kimiawi (Mangku dan Tjokorda, 2010).

Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimuli nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-fisiologi, yang disebut sebagai nosisepsi (*nociception*). Nosisepsi merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin.

Ada empat proses jelas yang terjadi (Mubarak, 2008) yaitu:

1) Transduksi (*Tranduction*)

Merupakan proses dimana suatu rangsangan nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi aktivitas listrik yang akan diterima oleh ujung-ujung syaraf sensoris (*nerve ending*). Rangsangan ini dapat berupa rangsang fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri). Nosiseptor reseptor nyeri secara selektif berespon terhadap stimulasi nyeri yang mengubah energi pada sisi stimulus ke impuls neural, reseptor nyeri dan transduksi. Nosiseptor afferen primer adalah cabang terminal A dan C dengan badan sel terletak di ganglia radika dorsal. Kerusakan jaringan akan memulai perubahan alur nyeri sentral dan perifer. Pada jaringan perifer, nyeri akan mengakibatkan substansi-substansi pada akhiran saraf perifer dan sumber-sumber ekstraneuron (neurokinin, prostaglandin, serotonin, histamin) memacu nosiseptor yang mengakibatkan terjadinya transduksi dan peningkatan konduksi dari impuls nosiseptif ke sistem saraf pusat (SSP).

2) Transmisi (*transmission*)

Transmisi merupakan proses perambatan rangsang nyeri melalui serabut saraf sensorik menyusul proses transduksi. Saat signal transduksi terjadi, impuls ditransmisikan melalui serabut saraf A delta dan serabut saraf C sebagai neuron pertama dari perifer ke medula spinalis.

3) Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

4) Modulasi (*modulation*)

Proses dimana terjadinya interaksi antara sistem analgesik endogen dengan input nyeri yang masuk ke kornu reseptor medulla spinalis. Jadi merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak seseorang. Analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin dan non adrenalin yang mempunyai efek menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior ini dapat diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang dapat tertutup dan terbuka dalam menyalurkan nyeri. Proses tertutup dan terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen. Proses modulasi ini dipengaruhi juga oleh kepribadian, motivasi dan pendidikan, status emosional dan kultur

dari seseorang. Proses modulasi inilah yang menyebabkan persepsi nyeri menjadi sangat subyektif bagi setiap orang dan sangat ditentukan oleh makna atau arti suatu nyeri (Mangku & Tjokorda, 2010).

d. Faktor Yang Mempengaruhi Respons Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), ada beberapa faktor yang mempengaruhi respons nyeri seseorang yaitu:

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri.

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri. Tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

3) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. Konsep ini merupakan salah satu yang perawat terapkan sebagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing

dan *massage*. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat dapat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer.

4) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri, individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Cara individu mengekspresikan nyeri merupakan sifat kebudayaan. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini mempengaruhi pengeluaran fisiologis opiate endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

5) Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Misalnya, seorang wanita yang sedang bersalin akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

6) Ansietas

Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian didalam suatu lingkungan berteknologi tinggi, misalnya unit perawatan intensif maka rasa cemas tersebut dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius nyeri yang tidak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat. Nyeri lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap di banding pada akhir hari yang melelahkan.

8) Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang berulang-ulang tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah individu tersebut menginterpretasikan sensasi nyeri. Perawat harus melakukan upaya untuk mempersiapkan klien dengan menerangkan secara jelas

tentang jenis nyeri yang akan dialami dan metode yang mengurangi nyeri tersebut.

9) Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, sebagian atau keseluruhan. Klien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber koping klien selama ia mengalami nyeri. Sumber-sumber seperti berkomunikasi dengan keluarga pendukung, melakukan latihan atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting terutama bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.

e. Teori Nyeri

Ada sejumlah teori yang digunakan untuk menjelaskan mekanisme neurologik yang mendasari sensasi nyeri antara lain:

1) Teori spesifitas

Dalam teori spesifitas oleh Descartes menyatakan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak dan bahwa hubungan antara stimulus dan respon nyeri bersifat langsung dan *invariable*. Teori spesifitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu. Walaupun teori ini jelas merupakan penyederhanaan berlebihan berdasarkan pengetahuan yang sekarang ada, namun dua prinsipnya masih sah, yaitu reseptor somatosensorik adalah reseptor yang mengalami spesialisasi untuk berespons secara optimal terhadap satu atau lebih tipe stimulus tertentu, dan tujuan perjalanan neuron aferen primer dan jalur ascendens merupakan faktor kritis dalam membedakan sifat stimulus di perifer. Teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2013).

2) Teori Pola, atau Penjumlahan

Teori pola, atau penjumlahan pertama kali diperkenalkan oleh Goldscheire. Goldscheire mengajukan pendapat bahwa penjumlahan

input sensorik kulit di sel-sel tanduk dorsal menimbulkan pola khusus impuls saraf yang memicu nyeri. Nyeri dihasilkan oleh stimulasi intens dari reseptor-reseptor non spesifik, dan bahwa penjumlahan impuls-impuls itulah yang dirasakan sebagai nyeri. Teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari implus saraf (Andarmoyo, 2013).

3) Teori Kontrol Gerbang

Teori pengendalian gerbang untuk menjelaskan mengapa penggosokan atau pemijatan suatu bagian yang nyeri setelah suatu cedera dapat menghilangkan nyeri, karena aktivitas di serat-serat besar dirangsang oleh tindakan ini, sehingga gerbang untuk aktivitas serat berdiameter kecil (nyeri) tertutup. Teori ini diciptakan oleh Melzack dan Wall untuk mengkompensasi kekurangan pada teori spesifitas dan teori pola. Teori kontrol gerbang nyeri berusaha menjelaskan substansi gelatinosa (SG) pada medulla spinalis bekerja layaknya pintu gerbang yang memungkinkan untuk menghalangi masuknya impuls nyeri menuju otak. Pada mekanisme nyeri stimulus nyeri ditransmisikan melalui saraf berdiameter kecil melewati gerbang. Akan tetapi, serabut saraf berdiameter besar yang juga melewati gerbang tersebut dapat menghambat transmisi impuls nyeri dengan menutup gerbang itu. Impuls yang berkonduksi pada

serabut berdiameter besar bukan sekedar menutup gerbang itu, tetapi dapat merambat langsung ke korteks agar dapat diidentifikasi dengan cepat (Andarmoyo, 2013).

Kemajuan dalam pemahaman mekanisme nyeri adalah ditemukannya reseptor opiat di membrane sinaps, opiat dan opioid menghambat nyeri. Adanya reseptor nyeri opiate ini mendorong diadakannya riset opioid endogen, zat yang bersifat mirip morfin dan berkaitan dengan reseptor opiat. Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi secara alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphin (Andarmoyo, 2013).

Terdapat tiga golongan utama peptide opioid endogen yang masing-masing berasal dari prekursor yang berlainan dan memiliki distribusi anatomik yang sedikit berbeda, yaitu golongan enkefalin, beta endorphin, dan dinorfin. Semua opiat endogen ini bekerja dengan mengikat reseptor opiat, dengan efek analgesik serupa yang ditimbulkan oleh obat opiate eksogen. Dengan demikian, reseptoropiat dan opiat endogen membentuk suatu “sistem penekan nyeri” intrinsic (Andarmoyo, 2013).

Bukti eksperimental, mengisyaratkan bahwa tindakan untuk mengurangi nyeri seperti placebo, akupuntur, dan *massage* mungkin dapat bekerja karena tindakan-tindakan tersebut dapat merangsang pelepasan opioid endogen Price dan Wilson (2014). Hal ini

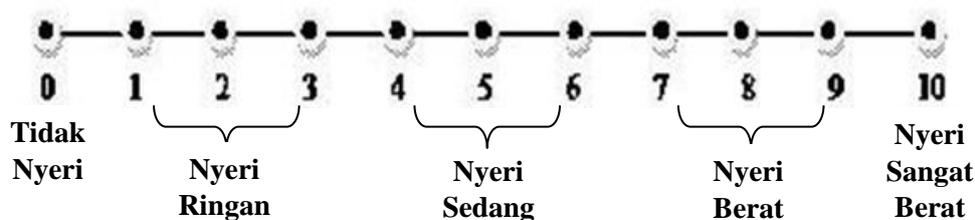
diperkuat dengan penelitian Fatmawati tahun 2017 dengan judul efektifitas *massage effleurage* terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan pada ibu primipara, dalam penelitian ini di dapatkan hasil bahwa nyeri persalinan sebelum *massage effleurage* nyeri sedang sedangkan setelah *massage effleurage* menjadi nyeri ringan. Hasil uji statistik menunjukkan H1 diterima yaitu $p < \alpha$ ($0,005 < 0,05$), berarti *massage effleurage* efektif terhadap pengurangan sensasi rasa nyeri persalinan kala I pada ibu bersalin primipara.

f. Pengukuran Intensitas Nyeri

Penatalaksanaan nyeri memerlukan penilaian dan usaha yang cermat untuk memahami pengalaman nyeri pasien dan mengidentifikasi kausa sehingga kausa tersebut dapat dihilangkan. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Intensitas nyeri dapat dinilai secara sederhana dengan meminta pasien menjelaskan nyeri dengan kata-kata mereka sendiri (misalnya tumpul, berdenyut, terbakar). Penilaian ini dapat didekati dengan menggunakan alat bantu yang lebih formal (Andarmoyo, 2013). Cara ukur intensitas nyeri, salah satunya yaitu *Numerical rating scale (NRS)*.

Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomer 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali”

dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu.



Gambar 2.2 *Numerical Rating Scale (NRS)*

Kriteria nyeri adalah sebagai berikut :

Skala 0 : Tidak ada rasa nyeri yang dialami

Skala 1-3 : Merupakan nyeri ringan dimana secara objektif, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri yang hanya sedikit dirasakan.

Skala 4-6 : Merupakan nyeri sedang dimana secara objektif, klien mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri. Klien dapat mendeskripsikan rasa nyeri, dan dapat mengikuti perintah. Nyeri masih dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala 7-9 : Merupakan nyeri berat dimana klien sudah tidak dapat mengikuti perintah, namun masih dapat menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri sudah tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.

Skala 10 : Merupakan nyeri sangat berat. Klien sudah tidak dapat berkomunikasi klien akan menetapkan suatu titik pada skala yang berhubungan dengan persepsinya tentang intensitas keparahan nyeri.

Skala numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013).

g. Penatalaksanaan nyeri

1) Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi, menurut (Berman, 2009):

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/ obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan.

Nonopiat (analgesik non-narkotik) termasuk obat AINS seperti aspirin dan ibuprofen. Nonopiat mengurangi nyeri dengan cara bekerja di ujung saraf perifer pada daerah luka dan

menurunkan tingkat mediator inflamasi yang dihasilkan di daerah luka.

Analgesik adjuvans adalah obat yang dikembangkan untuk tujuan selain penghilang nyeri tetapi obat ini dapat mengurangi nyeri kronis tipe tertentu selain melakukan kerja primernya. Sedatif ringan atau obat penenang, sebagai contoh, dapat membantu mengurangi spasme otot yang menyakitkan, kecemasan, stres, dan ketegangan sehingga klien dapat tidur nyenyak. Anti depresan digunakan untuk mengatasi depresi dan gangguan alam perasaan yang mendasarinya, tetapi dapat juga menguatkan strategi nyeri lainnya.

2) Penatalaksanaan nyeri non farmakologi

Walaupun obat-obat analgesik sangat mudah diberikan, namun banyak pasien dan dokter kurang puas dengan pemberian jangka panjang untuk nyeri yang tidak terkait dengan keganasan. Hal ini mendorong dikembangkannya berbagai metode non farmakologi untuk mengatasi nyeri. Beberapa terapi dan teknik medis alternatif serta komplementer bersifat umum menggunakan proses alami (pernafasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan dll). Penatalaksanaan nyeri non farmakologi yaitu:

a) Stimulasi dan *massage*

Massage adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. *Massage* tidak

secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. *Massage* dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot (Smeltzer dan Bare, 2009).

b) Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit (Smeltzer dan Bare, 2009).

c) *Trancutaneus electric nerve stimulation*

Trancutaneus electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis (Smeltzer dan Bare, 2009).

d) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak (Smeltzer dan Bare, 2009).

e) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer dan Bare, 2009).

f) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus

untuk mencapai efek positif tertentu. Sebagai contoh, imajinasi terbimbing untuk relaksasi dan meredakan nyeri dapat terdiri atas menggabungkan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyamanan (Smeltzer dan Bare, 2009).

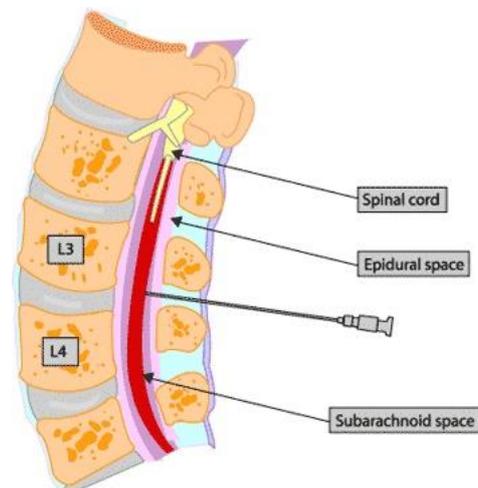
g) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu (Smeltzer dan Bare, 2009).

4. Spinal Anestesi

a. Definisi

Spinal Anestesi (subaraknoid) adalah anestesi regional dengan tindakan penyuntikkan obat anestesi lokal kedalam ruang subaraknoid diantara vertebra lumbal 2 dan lumbal 3, lumbal 3 dan lumbal 4 atau lumbal 4 dan lumbal 5 (Latief, 2009).



Gambar 2.3 Area penusukan jarum spinal anestesi.

b. Indikasi Spinal Anestesi

Indikasi anestesi regional antara lain (Pramono, 2017):

- 1) Bedah ekstremitas bawah
- 2) Bedah panggul
- 3) Tindakan sekitar rektum-perineum
- 4) Bedah obstetri-ginekologi
- 5) Bedah urologi
- 6) Bedah abdomen bawah
- 7) Pada bedah abdomen atas dan bedah anak biasanya dikombinasikan dengan anestesi umum ringan.

c. Kontraindikasi Spinal Anestesi

Kontraindikasi spinal anestesi menurut Gwinnutt (2011), yaitu:

- 1) Hipovolemia akibat pengeluaran darah atau dehidrasi. Pasien sering mengalami krisis atau penurunan kardiak output sebagai kompensasi vasokonstriksi.
- 2) Kondisi penurunan kardiak output, hal ini terlihat pada stenosis mitral atau aorta yang berat. Penurunan vena balik menyebabkan penurunan kardiak output, berbahaya terhadap perfusi organ vital.
- 3) Pasien yang sangat tidak kooperatif.
- 4) Koagulopati yaitu perdarahan yang terus menerus (contohnya hemofilia) atau terapi antikoagulan. Resiko menyebabkan hematoma epidural. Resiko menjadi sangat kecil apabila pasien mengkonsumsi aspirin dan sejenis yang dapat mengurangi

aktivitas platelet. Dimana heparin digunakan pada perioperatif untuk mengurangi resiko thrombosis vena dalam, yang mungkin dapat terjadi setelah penyuntikan epidural atau spinal.

- 5) Peningkatan tekanan intracranial
- 6) Alergi terhadap obat anestesi lokal
- 7) Sepsis kulit, beresiko infeksi
- 8) Anatomi tulang belakang yang abnormal, walaupun bukan kontraindikasi yang pasti tetapi teknik teknik spinal ataupun epidural akan menjadi sulit.

d. Obat-obat Spinal Anestesi

Menurut (Salinas, Michael, Christoper & Susan, 2009), jenis obat anestesi yang sering digunakan adalah :

1) Bupivakain

Bupivakain adalah prototip dan paling banyak digunakan sebagai agen anestesi lokal jangka panjang amino amide. Dalam rentang dosis klinis yang relevan yaitu 3,75 mg-11,25 mg merupakan bupivakain hiperbarik 0,75 untuk setiap tambahan tiap miligramnya ada peningkatan rata-rata durasi selama 10 menit dan peningkatan selesai sampai pemulihan setelah 21 menit.

Bupivakain cenderung lebih menghambat sensoris daripada motoris, menyebabkan obat ini sering digunakan untuk analgesia selama persalinan dan pasca bedah. Pada tahun terakhir, larutan

bupivakain baik isobarik telah banyak digunakan untuk blok subarachnoid untuk operasi abdominal bawah.

Bila diberikan dalam dosis ulangan, afilaksis yang terjadi lebih ringan bila dibandingkan dengan lidokain. Salah satu sifat yang paling disukai dari bupivakain selain dari kerjanya yang panjang adalah blokade motoris yang lemah. Toksisitasnya lebih kurang sama dengan tetrakain. Bupivakain juga mempunyai lama kerja yang lebih panjang dari lidokain karena mempunyai kemampuan yang lebih besar untuk mengikat protein. Untuk menghilangkan nyeri pada persalinan, dosis sebesar 30 mg akan memberikan rasa bebas nyeri selama 2 jam disertai blokade motoris ringan. Analgesic paska bedah dapat berlangsung selama 4 jam atau lebih. Pada dosis 0,25-0,375% merupakan obat terpilih untuk obstetric dan analgesic paska bedah.

2) Lidokain

Lidokain dianggap pendek untuk durasi menengah agen anestesi lokal dan secara historis anestesi lokal yang paling banyak digunakan untuk anestesi spinal. Lidocaine polos dosis 50 mg akan menghasilkan blok puncak T6 dengan timbulnya 2 dermatom regresi 50 pada 120-140 menit. Penggunaan lidokain telah jatuh secara dramatis karena kekhawatiran regarding TNS tergantung pada jenis operasi, incidence dari TNS dari 15% menjadi 33%.

3) Tetrakain

Tetrakain adalah prototype jangka panjang aminoester agen anestesi lokal. Tetrakain meningkatkan kelarutan lemak, sehingga potensi yang lebih besar dan dosis dapat berkurang 20%-30% untuk blokade setara.

e. Teknik Spinal Anestesi

Posisi duduk atau posisi *lateral dekubitus* dengan tusukan pada garis tengah ialah posisi yang paling sering dikerjakan. Biasanya dikerjakan di atas meja operasi tanpa dipindah lagi dan hanya diperlukan sedikit perubahan posisi pasien. Perubahan posisi berlebihan dalam 30 menit pertama akan menyebabkan menyebarnya obat. Adapun langkah-langkah dalam melakukan anestesi spinal menurut (Mangku & Tjokorda, 2010) sebagai berikut:

- 1) Setelah dimonitor, tidurkan pasien misalkan dalam posisi *lateral dekubitus*. Beri bantal kepala, selain enak untuk pasien juga supaya tulang belakang stabil. Buat pasien membungkuk maksimal agar processus spinosus mudah teraba. Posisi lain adalah duduk.
- 2) Penusukan jarum spinal dapat dilakukan antara Lumbal 2 dan Lumbal 3, Lumbal 3 dan Lumbal 4, Lumbal 4 dan Lumbal 5. Tusukan antara Lumbal 1 dan Lumbal 2 atau di atasnya berisiko trauma terhadap medulla spinalis.
- 3) Sterilkan tempat tusukan dengan betadin atau alkohol.

- 4) Beri anestesi lokal pada tempat tusukan, misalnya dengan lidokain 1-2% 2-3 cc
- 5) Cara penusukan teknik median dan paramedian. Jarum spinal besar 22G, 23G, 25G dapat langsung digunakan. Sedangkan untuk yang kecil 27G atau 29G dianjurkan menggunakan penuntun jarum yaitu jarum suntik biasa semprit 10cc. Tusukkan introduser sedalam kira-kira 2 cm agak sedikit ke arah sefal, kemudian masukkan jarum spinal berikut mandrinnya ke lubang jarum tersebut. Jika menggunakan jarum tajam (Quincke-Babcock) irisan jarum (bevel) harus sejajar dengan serat durameter, yaitu pada posisi tidur miring bevel mengarah keatas atau kebawah, untuk menghindari kebocoran likuor yang dapat berakibat timbulnya nyeri kepala paska spinal. Setelah resensi menghilang, mandrin jarum spinal dicabut dan keluar likuor, pasang semprit berisi obat dan obat dapat dimasukkan pelan-pelan (0,5cc/detik) diselingi aspirasi sedikit, hanya untuk menyakinkan posisi jarum tetap baik. Kalau anda yakin ujung jarum spinal pada posisi yang benar dan liquor tidak keluar, putar arah jarum 90⁰ biasanya liquor keluar. Untuk analgesia spinal kontinyu dapat dimasukkan kateter.
- 6) Posisi duduk sering dikerjakan untuk bedah perineal misalnya bedah hemoroid dengan anestetik hiperbarik. Jarak kulit-ligamentum flavum dewasa \pm 6 cm.

f. **Komplikasi Spinal Anestesi**

Komplikasi anestesi spinal menurut Latief (2009) meliputi:

1) Komplikasi intra operasi

Beberapa komplikasi dari anestesi spinal adalah : hipotensi berat, bradikardi, hipoventilasi, trauma pembuluh darah, trauma saraf, mual muntah, gangguan pendengaran, blok spinal tinggi.

2) Komplikasi post operasi

Komplikasi post operasi yaitu nyeri tempat tusukan, nyeri punggung, nyeri kepala karena kebocoran likuor, retensi urine, meningitis.

Menurut Pramono (2017), komplikasi paska anestesi spinal umumnya terkait dengan adanya blockade saraf simpatis, yaitu hipotensi, bradikardi, mual dan muntah, nyeri punggung akibat robekan jaringan yang dilewati jarum spinal, total spinal, hematoma di tempat penyuntikan, PDPH, meningitis dan abses epidural.

5. **Sectio Caesarea**

a. Definisi *Sectio caesarea*

Sectio Caesarea merupakan suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh (Prawirohardjo, 2009). Sedangkan menurut Oxorn (2010), *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Indikasi *sectio caesarea* bisa indikasi absolut atau relatif. Setiap keadaan yang

membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominalis*.

b. Teknik *Sectio Caesarea*

Macam-macam teknik operasi *sectio caesarea* menurut Cunningham (2014), antara lain:

1) Insisi Abdomen

Dalam hal ini biasanya digunakan insisi vertikal *linea mediana* atau *transversal suprapubic*. Insisi paramedian atau midtransversal digunakan hanya pada keadaan khusus.

a) Insisi Vertikal

Insisi vertikal *linea mediana infraumbilical* adalah insisi yang paling cepat dilakukan. Insisi harus cukup panjang supaya bayi dapat dilahirkan dengan mudah. Oleh karena itu, panjang insisi harus sesuai dengan perkiraan ukuran janin.

b) Insisi Transversal

Dengan insisi *pfannenstiel* yang dimodifikasi, kulit dan jaringan subkutan diinsisi menggunakan insisi *kurva linear transversal* rendah. Insisi dilakukan setinggi garis rambut pubis dan dipeluas melewati batas *lateral M. rectus*. Diseksi tajam dilanjutkan melalui lapisan subkutan hingga *fascia*.

2) Insisi Uterus

Segmen bawah uterus paling sering diinsisi secara transversal seperti yang dijelaskan oleh Kerr. Kadang-

kadang digunakan insisi vertikal segmen bawah, insisi itu disebut insisi klasik yaitu insisi vertikal kedalam korpus uteri diatas segmen bawah uterus mencapai fundus uteri. Insisi ini sekarang jarang digunakan. Dibandingkan dengan insisi klasik, insisi transversal lebih mudah dijahit, terletak pada lokasi yang tidak mudah ruptur selama kehamilan berikutnya, dan tidak menyebabkan perlekatan usus atau omentum pada garis insisional.

a) Insisi *sectio caesarea* transversal

Uterus dimasuki melalui segmen bawah uterus kira-kira 1 cm di bawah tepi atas lipatan peritoneum. Insisi uterus harus dibuat relatif lebih tinggi pada wanita dengan dilatasi serviks lengkap atau lanjut untuk mengurangi perluasan insisi ke arah lateral mengenai arteria uterin dan masuk secara tidak sengaja ke dalam vagina. Uterus dapat diinsisi dengan berbagai teknik. Setiap teknik diawali dengan scalpel menginsisi transversal segmen bawah uterus yang terlihat sepanjang 1-2 cm pada *linea mediana*.

b) Insisi *sectio caesarea* klasik

Insisi klasik kadang-kadang perlu digunakan untuk kelahiran. Beberapa indikasinya berasal dari kesulitan memperlihatkan atau memasuki segmen bawah uterus dengan aman. Sebagai contoh, ditemukan perlekatan kandung kemih

dari pembedahan sebelumnya; *leiomyoma* pada segmen bawah uterus; serviks yang telah diinvasi kanker. Pada keadaan lain, indikasi janin menentukan perlunya insisi klasik.

c. Indikasi *Sectio Caesarea*

Dalam beberapa tahun terakhir angka persalinan *sectio caesarea* terus meningkat, beberapa upaya telah dilakukan untuk menurunkan angka persalinan *sectio caesarea*, diantaranya penetapan standar angka persalinan *sectio caesarea* sebesar 15% yang merupakan program *Healthy People 2010 U.S. Departement of Health and Human Service*. Hasil dari tinjauan program ini tidak memperlihatkan suatu keberhasilan. Sebelum keputusan untuk melahirkan janin secara *sectio caesarea* diambil, diperlukan pertimbangan secara teliti berdasarkan indikasi serta kemungkinan resiko yang dapat terjadi.

Pertimbangan tersebut harus berdasarkan penilaian prabedah secara lengkap, mengacu pada syarat-syarat pembedahan dan pembiusan (Prawirohardjo, 2009). Para ahli kandungan atau para penyaji perawatan yang lain menganjurkan *sectio caesarea* apabila kelahiran melalui vagina mungkin membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi :

- 1) Indikasi Ibu
 - a) Disproporsi kepala paggul (CPD)
 - b) Disfungsi uterus

- c) Distoisia jaringan lunak
 - d) Plasenta previa
- 2) Indikasi Anak
- a) Janin besar
 - b) Gawat janin
 - c) Letak lintang
- 3) Indikasi waktu / profilaksis
- a) Partus lama
 - b) Partus macet / tidak maju
- d. Komplikasi *Post Sectio Caesarea*

Menurut Mochtar (2012), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien *post sectio caesarea* yaitu:

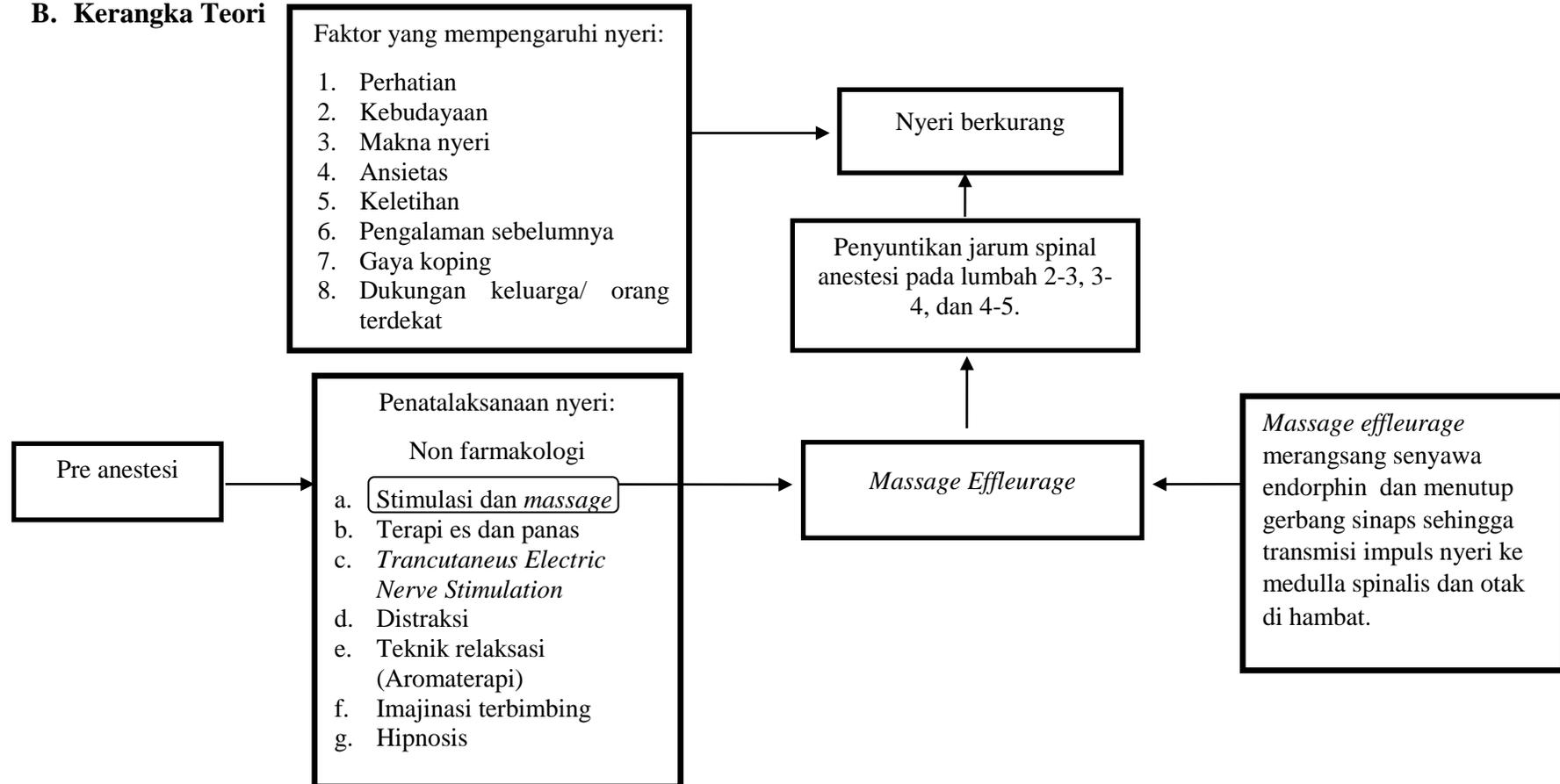
- 1) Infeksi puerperal (nifas)
- a) Infeksi puerperal (nifas) ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - b) Infeksi puerperal (nifas) sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Infeksi puerperal (nifas) berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar; sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

2) Perdarahan

Perdarahan dapat disebabkan karena:

- a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka,
 - b) Atonia uteri
 - c) Perdarahan pada *placental bed*.
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- 4) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

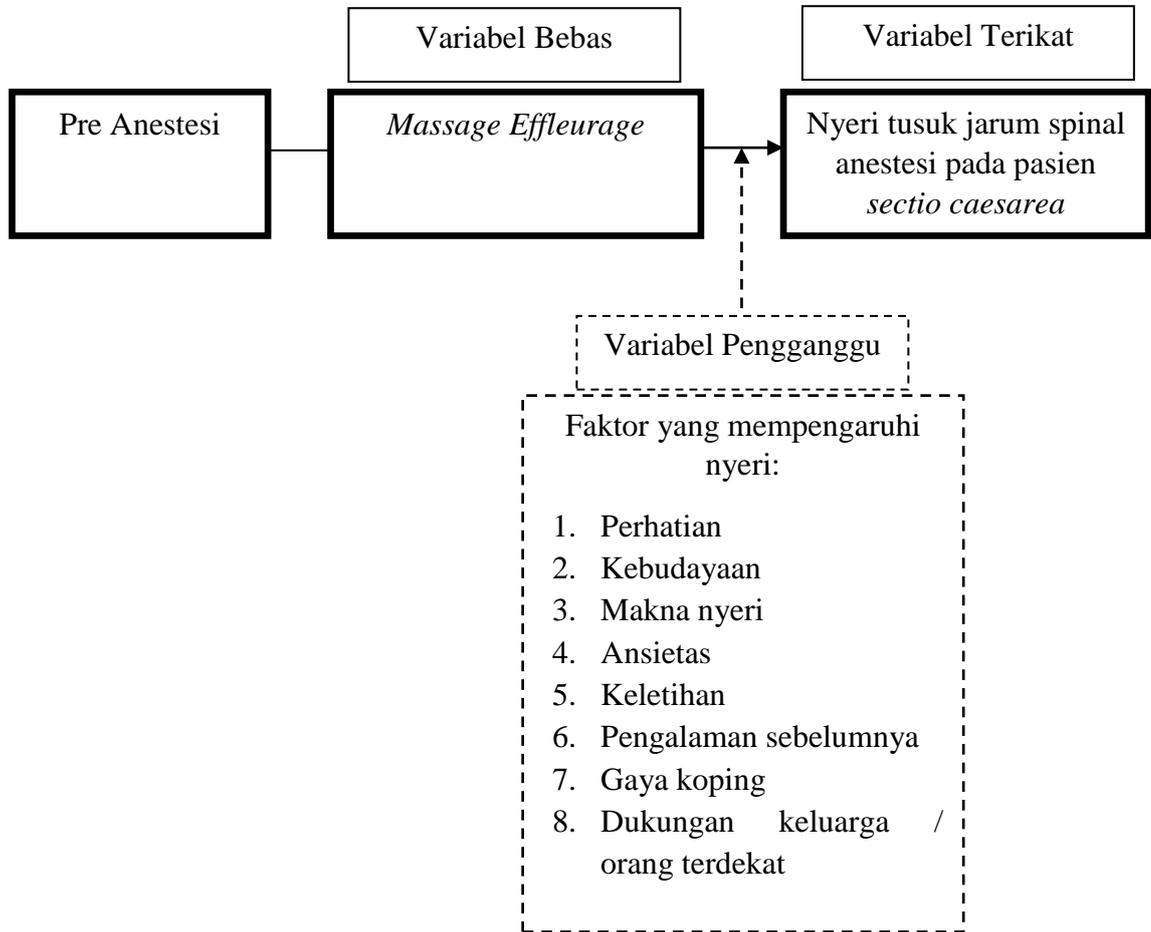
B. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori

Sumber: (Mangku & Tjokorda, 2010), (Andarmoyo, 2013), (Smeltzer dan Bare, 2009), (Latief, 2009), (Alimah, 2012).

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.5 Gambar Kerangka Konsep

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

D. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh *massage effleurage* pre anestesi terhadap nyeri tusuk jarum spinal anestesi pada pasien *sectio caesarea* di RSUD Sleman.