BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perineum

a. Pengertian perineum

Perineum adalah otot, kulit, dan jaringan yang ada diantara kelamin dan anus.[17] Jaringan yang utama menopang perineum adalah diafragma pelvis dan *urogenitale*. Diafragma pelvis terdiri dari muskulus levator ani dan muskulus koksigeus di bagian posterior serta selubung fasia dari otot-otot ini. Muskulus levator ani membentuk sabuk otot lebar yang berorigo dari permukaan posterior ramus pubis superior, dari permukaan dalam spina iskiadika, dan dari fasia obturatoria yang terletak di antara keduanya.[3]

Serabut otot berinsersi pada tempat-tempat berikut ini : di sekitar vagina dan *rectum* untuk membentuk *sfingter* yang efisien bagi keduanya; pada persatuan garis tengah antara vagina dan rectum; pada persatuan garis tengan di bawah rektum; dan pada os koksigis.[3]

Diafragma *urogenitale* terletak di sebelah luar diafragma pelvis, yaitu di daerah segitiga antara tuberositas iskii dan simfisis pubis. Diafragma *urogenitale* terdiri dari muskulus perinealis transversalis profunda, muskulus konstriktor uretra dan selubung fasia interna dan eksterna. [3]

Sfingter ani eksternum dan internum, amat penting karena dapat sobek atau terpotong sekalipun pada persalinan normal. Hubungan antara *sfingter* eksternus dan internus sangat dekat. Kerusakan salah satu *sfingter*

meningkatkan kemungkinan inkontinensia rekti setelah persalinan per *vaginam*.[3]

b. Robekan perineum

Robekan perineum adalah luka pada perineum sering terjadi saat proses persalinan.[17] Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini karena desakan kepala atau bagian tubuh janin secara tiba-tiba, sehingga kulit dan jaringan perineum robek.[17] Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan jalan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat.[18]

Robekan perineum, dibagi berdasarkan tingkat keparahan luka. Adapun pembagiannya terdiri dari empat derajat, yakni :

1) Derajat pertama : kerusakan terhadap *fourchette* dan otot di bawahnya terbuka.
2) Derajat kedua : dinding vagina posterior dan otot-otot perineum robek, tetapi *sfingter* ani intak.
3) Derajat ketiga : *sfingter* ani robek, tetapi mukosa rektum intak.
4) Derajat keempat : kanalis ani terbuka, dan robekan meluas ke rektum.[8]

c. Penanganan robekan perineum

Terjadinya robekan atau laserasi pada perineum perlu segera ditangani dengan hati-hati dan benar, kalau tidak segera ditangani akan sangat membehayakan kondisi ibu karena kemungkinan terjadi infeksi pada luka robekan yang sangat besar, karena pada saat jarum masuk jaringan tubuh

juga akan terjadi luka. Pada proses penjahitan robekan perlu diperhatikan bahwa saat menjahit laserasi atau episiotomi harus digunakan benang yang panjang dan diusahakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostatis.[18]

Robekan derajat pertama mudah diperbaiki, hanya memerlukan satu atau dua jahitan saja. Robekan derajat kedua atau ketiga memerlukan lebih banyak perawatan dan perbaikan. Perbaikan derajat keempat memerlukan keterampilan tinggi dan bagian ujung dari robekan sangat penting diamankan karena dapat menimbulkan *fistula rektovagina*. *Sfingter* ani mengalami retraksi kalau putus, karena itu perlu dicari ujung-ujungnya untuk disatukan kembali dengan jahitan.[8]

Luka pada jalan lahir menimbulkan rasa nyeri yang bertahan selama beberapa minggu setelah melahirkan. Pasien dapat pula mengeluhkan nyeri ketika berhubungan intim.[17]

2. Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial. Menurut Smeltzer&Bare (2002), Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.[19] *International Association for the study of Pain* (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan

kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan.[20]

b. Proses Fisiologik

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsang nyeri sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut *nosiseptif*. Terdapat empat proses yang terjadi pada suatu *nosiseptif,* yaitu sebagai berikut :

1). Proses Transduksi

Proses transduksi merupakan proses di mana suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf (*nerve ending*). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).[21]

2). Proses Transmisi

Transmisi melibatkan proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf *perifer* sampai ke terminal di medula spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medula spinalis ke otak.[22]

3). Proses Modulasi

Proses modulasi adalah proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak.[21]

Sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medula spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang dapat tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas. Proses medulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.[21]

4). Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Faktor-faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor-faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri.[21]

c. Reseptor Nyeri

Kapasitas jaringan untuk menimbulkan nyeri apabila jaringan tersebut mendapat rangsangan yang mengganggu bergantung pada keberadaan *nosiseptor*. *Nosiseptor* adalah saraf *aferen* primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. Ujung-ujung saraf bebas *nosiseptor* berfungsi sebagai reseptor yang peka terhadap rangsangan mekanis, suhu, listrik, atau kimiawi yang menimbulkan nyeri.[22]

Berdasarkan letaknya, nosiseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (*kutaneus*), somatic dalam (*deep somatic*), dan pada daerah *visceral*. Oleh karena perbedaan letak *nosireseptor* inilah

menyebabkan nyeri yang timbul memiliki sensasi yang berbeda. *Nosiseptor* kutenus berasal dari kulit dan subkutan.[21]

Reseptor jaringan kulit *(kuteneus)* terbagi dalam dua kelompok :

1) Serabut delta A

Serabut nyeri aferen cepat dengan kecepatan transmisi 6-30 m/detik. Serabut ini memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.[21] Nyeri yang dihasilkan memiliki lokalisasi yang jelas dengan kualitas menusuk, tajam, atau elektris. Nyeri cepat timbul sebagai respon terhadap rangsangan mekanis atau suhu di permukaan kulit tetapi tidak dirasakan di jaringan tubuh sebelah dalam.[22]

2). Serabut delta C

Serabut nyeri aferen lambat dengan kecepatan transmisi 0,5-2 m/detik.[21] Nyeri yang dihasilkan memiliki lokalisasi yang kurang jelas dengan kualitas seperti terbakar, berdenyut, atau pegal. Nyeri ini dapat dipicu oleh rangsangan mekanis, suhu, atau kimiawi di kulit atau sebagian besar jaringan atau organ dalam dan biasanya disertai kerusakan jaringan.[22]

Beberapa zat kimia yang merangsang jenis nyeri kimiawi adalah bradikinin, histamin, ion kalium, asam, asetilkolin, dan enzim proteolitik. Selain itu, prostaglandin dan substansi P meningkatkan sensitivitas ujung-ujung serabut nyeri tetapi tidak secara langsung merangsangnya.[21] Substansi P adalah suatu *neuropeptida* yang menyebabkan vasodilatasi, peningkatan aliran darah, edema disertai pembebasan lebih lanjut

bradikinin, pembebasan serotonin dari trombosit, dan pengeluaran histamin dan sel mast.[22]

d. Teori Nyeri

Teori Kontrol Gerbang (*Gate-Control*)

Teori kontrol gerbang berusaha menjelaskan variasi persepsi nyeri terhadap stimulasi yang identik. Teori ini dikemukakan oleh Melzack dan Wall (1965), dimana mengkombinasikan fakta-fakta yang ada dari literatur klinis dan dari neurofisiologi untuk menopang teori mereka.[22] Teori ini mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Menurut Clancy dam Mc Vicar (1992), mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik.[20]

Prinsip dasar pada teori kontrol gerbang adalah :

1) Baik serat sensorik bermielin besar (L) yang membawa informasi mengenai rasa raba dan *propriosepsi* dari *perifer* (serat *A-α* dan *A-β*) maupun serat kecil (S) yang membawa informasi mengenai nyeri menyatu di kornu dorsalis medula spinalis.[22]
2) Transmisi impuls saraf dari serat-serat aferen ke sel-sel transmisi (T) medula spinalis di kornu dorsalis dimodifikasi oleh suatu mekanisme gerbang di sel-sel substansia gelatinosa. Apabila gerbang tertutup, impuls nyeri tidak dapat diteruskan. Apabila gerbang terbuka, impuls nyeri merangsang sel T di kornu dorsalis dan kemudian naik melalui

medula spinalis ke otak, tempat impuls tersebut dirasakan sebagai nyeri.[22]

3) Mekanisme gerbang spinal dipengaruhi oleh jumlah relatif aktivitas di serat aferen primer berdiameter besar (L) dan berdiameter kecil (s). aktivitas di serat besar cenderung menghambat transmisi nyeri (menutup gerbang), sedangkan aktivitas di serat kecil cenderung mempermudah transmisi nyeri (membuka gerbang). Aferen berdiameter besar merangsang neuron-neuron substansia gelatinosa inhibitorik sehingga input ke sel T berkurang sehingga nyeri dihambat. Sebaliknya, aktivitas di serat berdiameter kecil menghambat substansia gelatinosa inhibitorik sehingga terjadi peningkatan transmisi dari aferen primer ke sel T dan karenanya meningkatkan intensitas nyeri. Inhibisi dan fasilitasi diperkirakan dilakukan oleh mekanisme prasinaps dan *pascasinaps*.[22]

4) Mekanisme gerbang spinal dipengaruhi oleh impuls saraf yang turun dari otak. Aspek mekanisme ini didasarkan oleh banyaknya faktor psikologik yang diketahui memengaruhi nyeri dan pada fakta bahwa kornu dorsalis medula spinalis dipengaruhi oleh beberapa jalur yang turun dari otak.[22]

5) Apabila keluaran dari sel-sel T medula spinalis melebihi suatu ambang kritis, terjadi pengaktivan “sistem aksi” untuk perasaan dan respon nyeri. Apabila pengaktivan ini terjadi, input sensorik akan disaring dan aktivitas sensorik dan afektif yang berkelanjutan terjadi di tingkan SSP;

sebagai contoh, terjadi interaksi antara sistem pengendalian gerbang dan sistem aksi, atau otak dapat menyetel gerbang, kembali sewaktu otak menganalisis dan bekerja berdasarkan input sensorik yang diterima.[22]

Penyetelan gerbang dan karenanya seberapa mudah informasi yang menimbulkan nyeri melewati gerbang, bergantung pada keseimbangan aktivitas di serat berdiameter besar dan kecil dan di serat yang turun dari pusat-pusat yang lebih tinggi.[22]

Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. *Neuron* delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, *neuron* beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan *neurotransmitter* penghambat.[20]

Masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantar ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P.[20]

e. Klasifikasi Nyeri

1). Berdasarkan Lokasi

Berdasarkan lokasi nyeri, nyeri dapat dibedakan menjadi :

a) *Somatic Pain*

Nyeri yang timbul karena gangguan bagian luar tubuh, nyeri ini dibagi menjadi dua, yakni Nyeri superfisial dan Nyeri somatik dalam. Nyeri superfisial adalah nyeri kulit yang berasal dari struktur-struktur superfisial kulit dan jaringan subkutis. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsangan mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik. Nyeri somatik dalam adalah nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang, sendi, dan arteri. Srruktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri sering tidak jelas.[21,22]

b). Nyeri *visceral*

Nyeri yang disebabkan oleh kerusakan organ internal

(1). Nyeri pantom (*Phantom pain*), merupakan nyeri khusus yang dirasakan klien yang mengalami amputasi, oleh klien nyeri dipersepsikan berada pada organ yang diamputasi seolah-olah organ yang diamputasi masih ada.

(2). Nyeri menjalar (*radiation of pain*), merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain.

(3). Nyeri alih (*reffered pain*), merupakan nyeri yang berasal dari salah satu daerah di tubuh tetapi dirasakan terletak di daerah lain, yang timbul akibat adanya nyeri *visceral* yang menjalar ke organ lain sehingga nyeri dirasakan pada beberapa tempat. Nyeri alih ini biasanya timbul pada lokasi atau tempat yang berlawanan atau berjauhan dari lokasi asal nyeri.[21,22]

2). Berdasarkan Etiologi Nyeri

a) Nyeri fisiologi atau nyeri organik, Merupakan nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan organ tubuh. Penyebab nyeri umumnya mudah dikenali sebagai akibat adanya cedera, penyakit, atau pembedahan salah satu atau beberapa organ.

b) Nyeri psikogenik, penyebab fisik nyeri sulit diidentifikasi karena nyeri ini disebabkan oleh berbagai faktor psikologis. Nyeri ini terjadi karena efek-efek psikogenik seperti cemas dan takut yang dirasakan klien.

c) Nyeri neurogenik, Nyeri yang timbul akibat gangguan pada neuron, misalnya pada kasus neuralgia. Nyeri neurogenik ini dapat terjadi secara akut maupun kronis.[21]

3). Berdasarkan lama waktu terjadinya, nyeri dibagi menjadi:

a). Nyeri akut, adalah nyeri yang mereda setelah intervensi atau penyembuhan. Awitan nyeri akut biasanya mendadak dan berkaitan dengan masalah spesifik yang memicu individu untuk segera bertindak menghilangkan nyeri. Nyeri berlangsung singkat dan

menghilang apabila faktor internal atau eksternal yang merangsang reseptor nyeri dihilangkan.[21,22]

b). Nyeri kronik, adalah nyeri yang berlanjut walaupun pasien diberi pengobatan atau penyakit tampak sembuh dan nyeri tidak memiliki makna biologik. Nyeri kronik dapat berlangsung terus menerus, akibat kausa keganasan dan nonkeganasan, atau *intermitten*, seperti pada nyeri kepala migren rekuren. Nyeri yang menetap selama 6 bulan atau lebih secara umum digolongkan sebagai nyeri kronik.[21,22]

f. Respon Nyeri

1). Reaksi Fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimuli sebagai bagian dari respon stress. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri superfisial menimbulkan reaksi "*flight or fight*" dan ini merupakan sindrom adaptasi umum.[20]

2). Respon Psikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai suatu yang "Negatif" cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang "positif" cenderung menerima nyeri yang dialaminya. Pemahaman dan pemberian arti nyeri

sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, persepsi, pengalaman masa lalu, dan juga faktor sosial budaya.[21]

3). Respon Perilaku

Meinhart dan Mc Caffery (1983) mendeskirpsikan tiga fase pengalaman nyeri, yaitu antisipasi, sensasi, dan akibat (*aftermath*). Fase antisipasi terjadi sebelum mempersepsikan nyeri. Antisipasi terhadap nyeri memungkinkan individu untuk belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkannya. Dengan instruksi dan dukungan yang adekuat, klien belajar untuk memahami nyeri dan mengontrol ansietas sebelum nyeri terjadi.

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Toleransi individu terhadap nyeri merupakan titik yaitu terdapat suatu ketidakinginan untuk menerima nyeri dengan tingkat keparahan yang lebih tinggi dan durasi yang lebih lama.toleransi tergantung pada sikap, motivasi, dan nilai yang diyakini seseorang.

Fase akibat (aftermath) nyeri terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti. Fase antisipasi ini terjadi sebelum seseorang mempersepsikan nyeri. Fase ini merupakan fase yang penting karena dapat memengaruhi dua fase yang lain. Fase ini terjadi ketika nyeri berkurang atau berhenti. Nyeri merupakan suatu krisis sehingga setelah klien mengalami nyeri, klien mungkin masih menunjukkan gejala-gejala fisik, seperti menggigil, mual, muntah, marah atau depresi. Jika klien mengalami

serangkaian episode nyeri yang berulang, maka periode *aftermath* dapat menjadi masalah kesehatan yang berat.[20]

g. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1). Usia

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

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau petugas kesehatan. Begitu juga dengan lansia, kemampuan lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.[20]

2). Jenis kelamin

Menurut Gill (1990), secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri. Beberapa budaya yang memengaruhi jenis kelamin misalnya, seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.[20]

3). Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya memengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.[20]

4). Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respon yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.[20]

5). Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun. Berkurangnya sensasi nyeri disebabkan oleh opiat endogen, yaitu endorfin dan enkefalin yang merangsang kerja serabut berdiameter besar (beta A) sehingga menghambat transmisi nyeri oleh serabut berdiameter kecil (delta A dan C).[20,21]

6). Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi

nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Menurut Gill (1990) pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas.

Menurut Paice (1991) melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yaitu memperburuk atau menghilangkan nyeri.[20]

7). Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan koping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.[20]

8). Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Klien yang sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul. Sebaliknya, apabila seorang klien mengalami nyeri dengan jenis yang sama dan berhasil menghilangkannya, maka akan lebih mudah bagi klien tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri dan klien tersebut akan lebih siap untuk melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri. Apabila klien yang

tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama dapat mengganggu mekanisme koping terhadap nyeri.[20]

9). Gaya koping

Gaya koping dapat memengaruhi klien dalam mengatasi nyeri. Menurut Gill (1990), Individu yang mempunyai lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya, klien yang mempunyai lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor-faktor lain di dalam lingkungan seperti tenaga kesehatan sebagai klien yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir mereka.[20]

10). Dukungan keluarga dan sosial

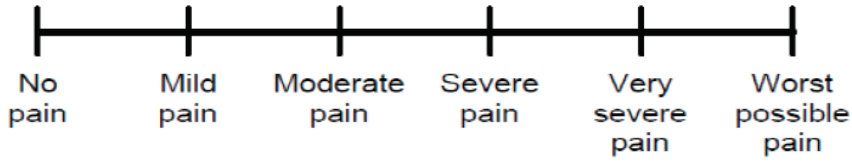
Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respon terhadap nyeri. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Bagi anak-anak, kehadiran orang tua ketika mereka mengalami nyeri sangat penting.[20]

h. Alat Ukur Nyeri

Untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

1). *Verbal Descriptor Scale* (VDS)

Verbal Descriptor Scale (VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari "tidak terasa nyeri" sampai "nyeri tidak tertahan". Tenaga medis menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Hal lain yang juga ditanyakan adalah seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.[20]



Gambar 1. *Verbal Descriptor Scale*

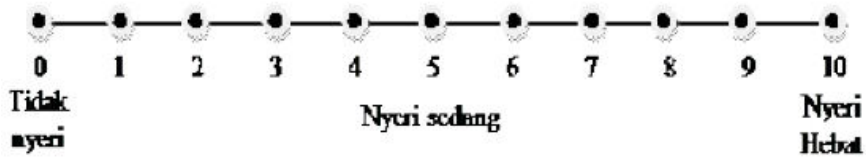
2). *Visual Analog Scale* (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.[20]

Gambar 2: *Visual Analog Scale*

3). *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.[20]



Gambar 3: *Numeric Rating Scale*

4). *Wong-Baker Scale Pain*

Wong dan Baker (1988) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (“tidak merasakan nyeri”) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah yang kurang bahagia., wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (“nyeri yang sangat”). Anak-anak berusia tiga tahun dapat menggunakan skala tersebut. Para

peneliti mulai meneliti penggunaan skala wajah ini pada orang-orang dewasa.[20]

Gambar 4. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

i. Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri terdiri dari manajemen nonfarmakologis dan manajemen farmakologis.

1). Manajemen Non farmakologis

a). Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit merupakan istilah yang digunakan sebagai salah satu teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan opioid endogen. Cara kerja khusus stimulasi *kutaneus* masih belum jelas. Salah satu pemikiran adalah bahwa cara ini menyebabkan pelepasan endorfin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri.

Teori *Gate-control* mengatakan bahwa stimulasi *kutaneus* mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A *beta* yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta A berdiameter kecil. Gerbang sinap menutup transmisi impuls nyeri.[20]

(1). Pemberian kompres dingin

Terapi ini bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nosiseptor*) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera. Area pemberiannya dapat menimbulkan respon sistemik dan respon lokal. Stimulasi ini mengirimkan impuls-impuls dari *perifer* ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperatur tubuh secara normal.[21]

(2). *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS)

TENS adalah salah satu alat yang digunakan untuk menurunkan nyeri dengan menggunakan gelombang bifasik melalui elektroda pada kulit, umumnya berupa stimulator mesin kecil yang dioperasikan dengan baterai dengan arus keluaran 0-50 mA.[21]

(3). *Masase*

Masase adalah melakukan tekanan dengan menggunakan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi yang ditujukan untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan/atau memperbaiki sirkulasi.

b). *Acupressure*

Acupressure adalah salah satu cara pengobatan dengan penekanan-penekanan pada titik pengaktifan (*trigger point*) di mana

dalam hal nyeri titik pengaktif adalah sama dengan titik akupuntur, menurut ilmu kedokteran barat.

c). Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot (*muscle tension*).

d). *Reframing*

Reframing merupakan teknik yang mengajarkan tentang cara memonitor atau mengawasi pikiran negatif dan menggantinya dengan salah satu pikiran yang lebih positif.

e). Hipnotis

Hipnotis menurut *Society for Psychological Hypnosis* (2005), yaitu : "Hipnotis adalah teknik terapi di mana klinisi (ahli psikologi, dokter, perawat, dsb) membuat saran atau sugesti kepada individu yang telah menjalani prosedur yang dirancang agar santai dan berfokus pada pikiran mereka.

f). *Biofeedback*

Latihan *biofeedback* adalah cara lain untuk membantu klien ketika mengalami nyeri, khususnya bagi seseorang yang sulit merelaksasi ketegangan otot.

g). Plasebo

Plasebo adalah bahan-bahan tanpa sifat farmakologis, misalnya gula atau pil palsu dan biasanya digunakan secara luas sebagai kontrol dalam eksperimen untuk menguji efek sebuah obat.

2). Manajemen nyeri farmakologis

Obat-obatan dalam kelompok ini memiliki target aksi pada enzim, yaitu enzim siklooksigenase (COX). Enzim COX berperan dalam sintesis mediator nyeri, salah satunya adalah prostaglandin. Mekanisme umum dari analgesik jenis ini adalah memblokir pembentukan prostaglandin dengan jalan menginhibisi enzim COX pada daerah yang terluka, sehingga mengurangi pembentukan mediator nyeri.

Efek samping yang paling umum dari golongan obat ini adalah gangguan lambung, usus, kerusakan darah, kerusakan hati dan ginjal, serta reaksi alergi di kulit. Efek samping biasanya disebabkan oleh penggunaan dalam jangka waktu lama dan dosis besar (Ikawati, 2010). Contoh obatnya adalah *meclofenamate*, merupakan turunan asam fenamat, mempunyai waktu paruh pendek, Obat ini meningkatkan efek antikoagulan oral dan mempunyai kontraindikasi pada kehamilan.[20]

3. Kompres Es

a. Pengertian Kompres Es

Kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberi efek dingin pada daerah tersebut.[21] Terdapat berbagai macam variasi kompres es antara lain massase dengan menggunakan es, kompres es dengan kantung es, dll.[20]

b. Tujuan Kompres Es

Tujuan diberikan kompres dingin adalah menghilangkan rasa nyeri akibat edema atau trauma, mencegah kongesti kepala, memperlambat denyutan jantung, mempersempit pembuluh darah, dan mengurangi arus darah lokal.[21] Respon fisiologik dan efek terapeutik dari pemberian terapi dingin antara lain

1) *Vasokontriksi* : menurunkan aliran darah ke daerah tubuh yang mengalami cedera, mencegah terbentuknya edema, mengurangi inflamsi.
2) Anestesi Lokal : mengurangi nyeri lokal.
3) Metabolisme sel menurun : Mengurangi kebutuhan oksigen pada jaringan
4) Viskositas darah meningkat : Meningkatkan koagulasi darah pada tempat cedera.
5) Ketegangan otot menurun : Menghilangkan nyeri.[20]

c. Mekanisme Kerja Kompres Es

Kompres dingin merupakan salah satu strategi untuk menurunkan nyeri yang efektif pada beberapa kondisi, terapi ini bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non-nosiseptor*) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera. Area pemberiannya dapat menimbulkan respon sistemik dan respon lokal. Stimulasi ini mengirimkan impuls-impuls dari *perifer* ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperatur tubuh secara normal.[23]

Mekanisme penurunan nyeri dengan pemberian kompres dingin dihubungkan dengan pelepasan hormon *endorphin*. Produksi *endorfin* dapat ditingkatkan melalui stimulasi kulit. Semakin tinggi kadar *endorfin* seseorang, semakin ringan rasa nyeri yang dirasakan. Produksi *endorfin* dapat ditingkatkan melalui stimulasi kulit salah satunya dengan tindakan kompres dingin.[20,25]

Hormon *endorfin* yang dilepaskan memblok transmisi stimulus nyeri. Teori *Gate-Control* mengatakan bahwa stimulasi kuteneus (salah satunya kompres es) mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-*beta* yang leih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan *delta*-A berdiameter kecil. Gerbang sinap menutup transmisi impuls nyeri.[20]

d. Kompres Es untuk Nyeri Jahitan Perineum

Kebanyakan ibu mengalami rasa nyeri segera setelah memasuki masa nifas. Penyebab umum nyeri meliputi nyeri pasca melahirkan (*afterbirth*), episiotomi atau laserasi perineum, hemoroid, dan pembesaran (*engorgement*) payudara.[4] Gangguan rasa nyaman sehubungan dengan *afterpain* dan trauma jalan lahir.[26]

Intervensi sederhana untuk mengurangi nyeri akibat episiotomi atau laserasi pada perineum ialah mendorong ibu berbaring pada salah satu sisinya dan menggunakan bantal saat duduk. Intervensi lain ialah kompres es yang dikemas (*ice pack*), obat salep (jika diresepkan dokter), aplikasi

panas kering, membersihkan dengan botol percik atau *Surgi-Gat*aor, dan *sitz bath*.[5]

Tempat episiotomi atau hemoroid seringkali turut menambah rasa nyeri ibu baru. Segera setelah melahirkan, terapi dingin seperti kompres es diberikan langsung pada perineum di bagian episiotomi untuk meminimalkan terjadinya edema. Edema akan menambah rasa sakit pada perineum. Setelah dua jam pertama lewat, kompres es tidak banyak membantu dalam mengurangi terjadinya edema.[6]

Apabila tersedia, dapat dipakai kompres es kimiawi yang menyatu dengan pembalut wanita, tetapi harganya mahal. Kompres es sekali pakai mudah dibuat dengan mengenakan sarung tangan plastik yang dilapisi es batu dan dibungkus dengan sesuatu yang bersih seperti kain lap sekali pakai atau handuk sekali pakai.[6]

Pada saat pemberian terapi ini, tenaga kesehatan harus memahami respon tubuh terhadap variasi temperatur lokal, dan integritas bagian tubuh. Kemampuan klien terhadap sensasi temperatur bervariasi dan hal ini dapat memengaruhi jalannya tindakan dengan baik. Tubuh manusia dapat menoleransi variasi temperatur yang luas. Temperatur permukaan kulit yang normal 34^0C, tetapi temperatur penerimaan biasanya beradaptasi dengan cepat ke temperatur lokal melebihi batas tersebut.[21]

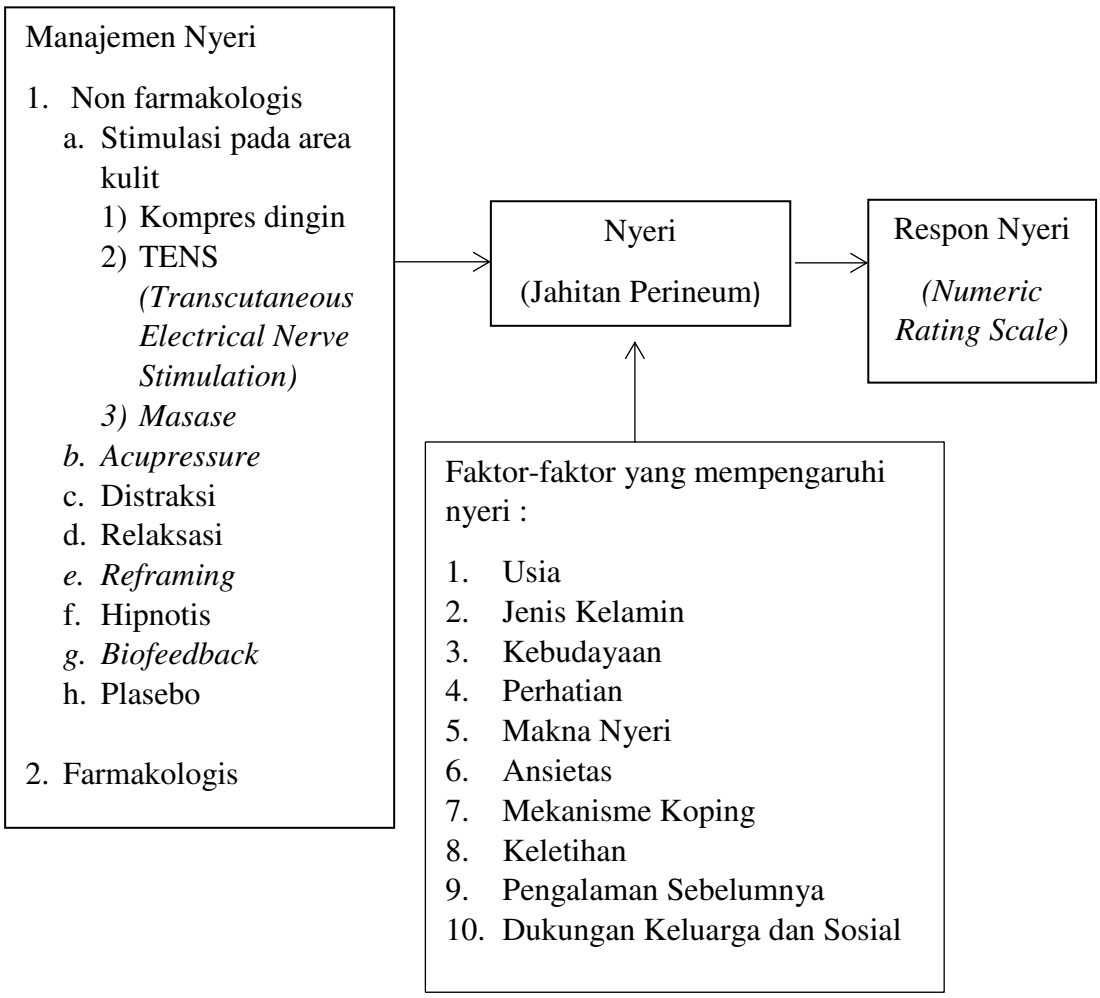
Terdapat beberapa pertimbangan mengenai penggunaan terapi ini meliputi durasi, frekuensi, dan pemeliharaan terapi kompres es. Lama waktu penggunaan antara 15-30 menit. Terapi es yang dipercaya

digunakan untuk mengurangi nyeri selama beberapa dekade waktu, untuk menurunkan temperatur sebesar 15^0C membutuhkan waktu 2-5 menit, sedangkan untuk jaringan yang lebih dalam untuk menurunkan suhu 5^0C membutuhkan waktu 20 menit. Beberapa studi menunjukkan bahwa pemberian terapi dingin efektif untuk menurunkan suhu perineum 10-15^0C, tetapi paritas, jenis persalinan, derajat trauma perineum, lama penggunaan terapi dingin perlu dipertimbangkan.[11]

Tempat yang diberikan kompres dingin tergantung lokasinya dan selama pemberian kompres, kulit klien diperiksa setelah 5 menit pemberian, jika dapat ditoleransi oleh kulit diberikan selama 20 menit. Namun pemberian terapi ini tidak dianjurkan bagi klien yang mempunyai alergi dingin.[21]

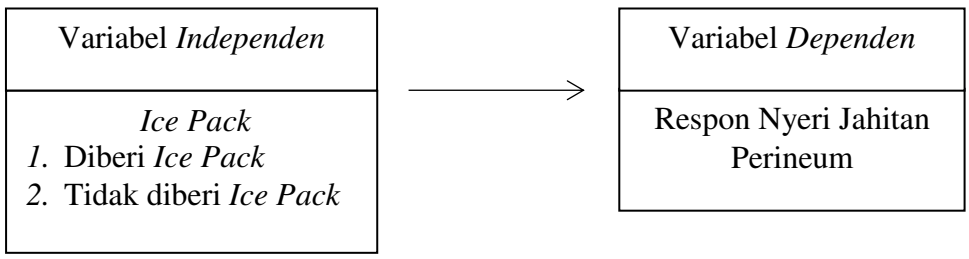
Bungkusan es (dari bagian depan ke belakang) pada perineum berfungsi dengan 2 tahap, yakni selama dua jam pertama untuk mengurangi pembentukan edema dan meningkatkan rasa nyaman, dan setelah dua jam setelah melahirkan untuk memberi efek anestesi.[6]

B. Kerangka Teori



Gambar 5. Kerangka Teori
Menurut Gill (1990) dalam Potter&Perry (2006) dan
Potter&Perry (2006)[20]

C. Kerangka Konsep



Gambar 6. Kerangka Konsep

D. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian tersebut, maka dirumuskan hipotesis:

1. Ada perbedaan respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas sebelum (*Pre*1) dan sesudah (*Post*1) perlakuan di kelompok eksperimen pada penilaian pertama.
2. Ada perbedaan respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas sebelum (*Pre*2) dan sesudah (*Post*2) perlakuan di kelompok eksperimen pada penilaian kedua.
3. Ada perbedaan respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas sebelum (*Pre*1) dan sesudah (*Post*1) di kelompok kontrol pada penilaian pertama.
4. Ada perbedaan respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas sebelum (*Pre*2) dan sesudah (*Post*2) di kelompok kontrol pada penilaian kedua.
5. Ada pengaruh *ice pack* terhadap respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas di RSUD Wonosari.

Sedangkan pertanyaan penelitiannya adalah "Adakah pengaruh pemberian *ice pack* dalam mengurangi respon nyeri jahitan perineum pada ibu nifas di RSUD Wonosari tahun 2019?"