

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Landasan Teori

#### 1. *Sectio Caesarea*

##### a. Definisi

*Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Kristensen *et al.*, 2018).

Menurut Guyton dalam (Wahyu, 2018) bahwa *Sectio Caesarea* adalah salah satu bentuk pengeluaran *fetus* melalui sebuah irisan pembedahan yang menembus *abdomen* seorang ibu (*laparotomy*) dan uterus (*hiskotomy*) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 5000 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.

Kesimpulan dari definisi *Sectio Caesarea* di atas adalah bahwa *Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis untuk membantu persalinan ketika persalinan normal tidak mungkin, disebabkan masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Melibatkan irisan pembedahan pada abdomen dan uterus, tindakan ini dilakukan untuk mengeluarkan janin dari rahim. Umumnya dilakukan ketika bayi memiliki berat di atas 5000 gram dan melibatkan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. *Sectio Caesarea* menjadi opsi dalam situasi persalinan yang berisiko tinggi.

##### b. Indikasi Tindakan *Sectio Caesarea*

Menurut Syafitri *et,al* (2020) indikasi persalinan *Sectio Caesarea* yang disebabkan oleh factor ibu meliputi umur berisiko, riwayat SC, partus tak maju, *post date* (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir),

induksi gagal, kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, air ketuban keruh, *Oligohidramnion*, *Polihidramnion*), penyakit ibu (PER, PEB/*eklampsi*, Asma, *Anemia*), gawat janin.

#### 1) Umur berisiko

Usia ibu saat hamil yang berisiko tinggi adalah usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Ibu yang hamil pada usia < 20 tahun atau > 35 tahun memiliki risiko untuk mengalami komplikasi saat persalinan 3 ampai 4 kali lebih besar daripada ibu yang berusia 20–35 tahun. Usia ibu pada saat kehamilan merupakan salah satu yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Usia reproduksi sehat yang aman untuk seorang wanita hamil dan melahirkan adalah 20-35.

#### 2) Riwayat SC

Riwayat SC merupakan indikasi relative *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Pada dasarnya seorang ibu yang bersalin pertamanya melalui tindakan *Sectio Caesarea* maka pada kelahiran berikutnya akan dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* kembali, namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada persalinan berikutnya ataukah bersifat absolut yakni hal yang menetap dan tidak dapat dikendalikan seperti halnya panggul sempit.

#### 3) Partus Tak Maju

Partus tak maju merupakan indikasi relative *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mengalami partus tak maju tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Menurut Cunningham *et.,al* (2018) menyatakan partus tidak maju atau gagal maju (*failure to progress*) merupakan berhentinya pembukaan dan penurunan sekunder.

#### 4) *Post date* (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir)

Kehamilan *post date* adalah suatu kehamilan yang berakhir antara 40 dan 42 minggu. Menurut Saifuddin, dkk (2010) kehamilan *post date* adalah suatu kehamilan yang berlangsung melebihi 40 minggu ditambah

satu atau lebih hari (setiap waktu yang melebihi tanggal perkiraan lahir).

5) Induksi gagal

Induksi gagal diartikan sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus kegagalan induksi adalah dengan meneruskan induksi atau melakukan persalinan *Sectio Caesarea* (SC).

6) Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, air ketuban keruh, *Oligohidramnion*, *Polihidramnion*).

Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, air ketuban keruh, *Oligohidramnion*, *Polihidramnion*) merupakan indikasi relative *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mengalami Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, Air Ketuban keruh, *Oligohidramnion*, *Polihidramnion*) tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan kelainan ketuban menurut Ismaulidia *et.,al* (2016) yaitu ketuban pecah dini dan *Oligohidramnion*.

7) Penyakit ibu (PER, PEB/eklamsi, Asma, Anemia)

Seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti *hipertensi*, *pre eklamsi/eklamsi*, penyakit jantung, *diabetes mellitus* (DM) tipe II, HIV/AIDS, malaria. Termasuk dalam kategori ibu risiko tinggi, salah satu dari beberapa riwayat penyakit tersebut yang paling banyak menjadi rujukan tindakan *Sectio Caesarea* yaitu *pre eklamsi/eklamsi*.

8) Gawat janin

Normalnya detak jantung berkisar 120-160 kali/menit. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin di atas 160 kali/menit atau di bawah 100 kali/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya *meconium* yang kental pada awal persalinan. Penyebabnya bisa bermacam-macam seperti *pre eklamsi/eklamsi*, partus lama, infeksi, dll. Keadaan tersebut menyebabkan janin harus

segera dilahirkan, maka *Sectio Caesarea* adalah tindakan yang biasanya dipilih untuk mengakhiri kehamilan.

#### 9) Indikasi sosial

Indikasi sosial berdasarkan APS (atas permintaan sendiri) hal ini biasanya dilakukan atas permintaan pasien sendiri berdasarkan rasa cemas dan takut untuk melakukan persalinan pervaginam, hal ini sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan *Sectio Caesarea*. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan didiskusikan, beberapa alasan ibu meminta dilakukan persalinan *Sectio Caesarea*, antara lain: Ibu yang melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ibu yang ingin *Sectio Caesarea* secara elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau *asfiksia* selama persalinan, namun keputusan pasien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya.

#### c. Kontra Indikasi Tindakan *Sectio Caesarea*

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontra indikasi tegas terhadap *Sectio Caesarea*, namun jarang dilakukan dalam kasus janin mati atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD), terlalu *premature* bertahan hidup, ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan konginetal, kurangnya fasilitas (Fitri, 2017).

#### d. Komplikasi Tindakan *Sectio Caesarea*

Menurut Syafitri *et,al* (2020) komplikasi dari persalinan melalui *sectio cesarea* dari 10 artikel yang sudah dianalisis terdapat juga komplikasi *sectio cesarea* yaitu:

##### 1) Infeksi *puerperal*

Sekitar 90% morbiditas pasca operasi disebabkan oleh Infeksi Luka Operasi (ILO). ILO merupakan salah satu komplikasi pasca operasi serta merupakan masalah serius karena dapat meningkatkan morbiditas dan lama rawat yang berdampak pada peningkatan biaya

perawatan dan mengakibatkan cacat bahkan kematian. Resiko ILO dari tindakan *Sectio Caesarea* tersebut dapat diturunkan dengan adanya pemberian antibiotik. Pemberian antibiotic dapat menurunkan resiko *endometritis* sebesar 60-70% dan menurunkan resiko ILO sebesar 30-65%.

#### 2) Perdarahan

Beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan *Sectio Caesarea* adalah pendarahan karena *atonia uteri*, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan *plasenta* dan *hematoma ligamentum latum* (Oxorn dan Forte, 2010). Perdarahan pasca melahirkan biasanya didefinisikan sebagai hilangnya darah lebih dari 500ml setelah kelahiran normal tanpa komplikasi atau 1000 ml setelah kelahiran cesar.

#### 3) Komplikasi pada bayi

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yona (2015) penelitian menunjukkan adanya hubungan antara Ketuban Pecah Dini (KPD) dan persalinan *Sectio caesarae* dengan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir. KPD bisa menyebabkan terjadinya *hipoksia* dan *asfiksia* akibat dari *Oligohidramnion*, yaitu suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 300cc.

#### 4) Komplikasi lain-lain

Beberapa komplikasi yang paling banyak dari operasi adalah akibat tindakan anastesi, jumlah darah yang dikeluarkan oleh ibu selama operasi berlangsung, luka kandung kemih, *embolisme* paru, dan sebagainya jarang terjadi, komplikasi penyulit, *endometriosis*, *tromboplebitis* (pembekuan darah pembuluh balik), *embolisme* (penyumbatan pembuluh darah paru-paru) dan perubahan bentuk serta letak rahim menjadi tidak sempurna (Prawirohardjo, 2014).

### **e. Resiko Persalinan *Sectio Caesarea***

Frekuensi *Sectio Caesarea* yang semakin tinggi mengakibatkan masalah tersendiri untuk kesehatan ibu, bayi dan kehamilan berikutnya.

Morbiditas dan mortalitas tersebut berhubungan dengan adanya luka parut uterus (Suryawinata, 2019).

Menurut Cunningham dalam Suryawinata (2019) bekas luka *Sectio Caesarea* terdiri dari dua komponen yaitu bagian *hypoecoic* pada bekas luka dan jaringan parut pada *myometrium* yang dinilai sebagai ketebalan *myometrium residual* (KMR). Ketebalan seluruh Segmen Bawah Rahim (SBR) diukur dengan menggunakan *transabdominal sonografi*, sedangkan lapisan otot diukur dengan menggunakan *Trasvaginalsonografi* (TVS). Ketebalan SBR harus dievaluasi karena berperan penting sebagai predictor terjadinya ruptur uteri. Angka kejadian ruptur uteri sebesar 0,6% pada pasien dengan riwayat *Sectio caesraea* satu kali dan meningkat menjadi 1,8% pada pasien dengan riwayat *Sectio Caesarea* dua kali.

Persalinan melalui *Sectio Caesarea* juga terbukti akan meningkatkan resiko terjadinya *Plasenta previa* dan *abruptio plasenta* pada kehamilan berikutnya. Peningkatan resiko terjadinya *Plasenta previa* 47% dan *abruptio plasenta* 40%. Respon yang berbeda terhadap luka operasi *Sectio Caesarea* terutama respon terhadap sitokin dan mediator inflamasi, kejadian stress oksidatif berdampak pada pertumbuhan dan rekontruksi desidua basalis serta kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi *infiltrasi trofoblast*. Remodelisasi kondisi uterus pasca *Sectio Caesarea* juga dapat menyebabkan kelainan pada letak plasenta, yaitu *Plasenta previa*. Adanya insisi SBR yang membuat modulasi dari SBR menipis sehingga menyebabkan *plasentosis* menyebar hingga ke permukaan rendah uterus. *Plasenta previa* ini dapat menyebabkan perdarahan *ante partum* dan menjadi indikasi untuk kembali dilakukan *Sectio Caesarea* pada kehamilan selanjutnya (Suryawinata, 2019).

#### **f. Klasifikasi *Sectio Caesarea***

Klasifikasi *Sectio Caesarea* menurut Hary Oxom dan William R. Forte (2010) dalam Rahmawati (2021) adalah :

1) Segmen bawah : insisi melintang

Karena cara ini memungkinkan kelahiran per abdomen yang aman sekalipun dikerjakan kemudian pada saat persalinan dan sekalipun rongga rahim terinfeksi, maka insisi melintang segmen bawah uterus telah menimbulkan revolusi dalam pelaksanaan *obstetric*.

2) Segmen bawah : insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti insisi melintang, insisi membujur dibuat dengan scalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3) *Sectio Caesarea* klasik

Insisi longitudinal digaris tengah dibuat dengan scalpel kedalam dinding *anterior uterus* dan dilebarkan keatas serta kebawah dengan gunting yang berujung tumpul. Diperlukan luka insisi yang lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu. Janin serta plasenta dikeluarkan dan uterus ditutup dengan jahitan tiga lapis. Pada masa modern ini hampir sudah tidak dipertimbangkan lagi untuk mengerjakan *Sectio Caesarea* klasik. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah.

4) *Sectio Caesarea extraperitoneal*

Pembedahan *extraperitoneal* dikerjakan untuk menghindari perlunya *histerektomi* pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah *peritonitis generalisata* yang sering bersifat fatal. Ada beberapa metode *Sectio Caesarea Extraperitoneal*, seperti metode *Waters, Latzko, dan Norton, T.* Teknik pada prosedur ini relative lebih sulit, sering tanpa sengaja masuk kedalam vacuum peritoneal dan insidensi cedera *vesica urinaria* meningkat. Metode ini tidak boleh dibuang tetapi tetap disimpan sebagai cadangan kasus-kasus tertentu.

5) *Histerektomi Caesarea*

Pembedahan ini merupakan *Sectio Caesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus. Jika mungkin histerektomi harus dikerjakan lengkap (*histerektomi total*). Akan tetapi, karena pembedahan subtotal lebih mudah dan dapat dikerjakan lebih cepat, maka pembedahan

subtotal menjadi prosedur pilihan jika terdapat perdarahan hebat dan pasien terjadi syok, atau jika pasien dalam keadaan jelek akibat sebab-sebab lain. Pada kasus-kasus semacam ini lanjutan pembedahan adalah menyelesaikannya secepat mungkin.

Menurut Kassa *et al* (2020), jenis pembiusan yang dapat dilakukan pada pasien *Sectio Caesarea* ada 2, yaitu *regional anastesi* (Anastesi Spinal) dan *general anastesi*.

#### 1) Anastesi Spinal

Anastesi Spinal adalah prosedur yang dilakukan dengan cara menyuntikkan obat *anestetik* lokal kedalam ruang *subarachnoid* dan mencegah permulaan konduksi rangsang syaraf dengan menghambat aliran ion dengan meningkatkan ambang *eksitasi elektron*, memperlambat perambatan rangsang syaraf, menurunkan potensi aksi dan menghambat *depolarisasi*.

kelebihan utama teknik ini adalah resiko aspirasi pada ibu lebih rendah, bayi tidak terpapar dengan obat yang menimbulkan depresi nafas, pasien tetap sadar selama operasi dan menjaga jalan nafas, serta membutuhkan penanganan post operasi dan *analgesia* yang minimal.

#### 2) *General anastesi*

Anastesi umum (*general anastesi*) merupakan keadaan tidak sadar yang diinduksi oleh agen anastesi sehingga menyebabkan hilangnya nyeri dan sensasi di seluruh tubuh serta relaksasi otot dan disertai hilangnya reflex. Indikasi untuk anastesi umum, beberapa di antaranya adalah kegagalan *anastesi regional*, permintaan ibu dan gangguan janin dan/atau ibu yang mengancam jiwa yang mungkin terjadi dengan waktu tambahan yang diperlukan dengan teknik regional atau jika ada.

## 2. Konsep Nyeri

### a. Definisi

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu *nosisepsi*, *sensitisasi perifer*, perubahan *fenotip*, *sensitisasi sentral*, *eksitabilitas ektopik*, reorganisasi struktural, dan penurunan *inhibisi*. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan persepsi ( Bahrudin, 2017)

Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, sama halnya saat seseorang mencium bau harum atau busuk, mengecap manis atau asin, yang kesemuanya merupakan persepsi panca indera dan dirasakan manusia sejak lahir. Walau demikian, nyeri berbeda dengan stimulus panca indera, karena stimulus nyeri merupakan suatu hal yang berasal dari kerusakan jaringan atau yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan (Meliala,2004).

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus akibat kerusakan jaringan. Nyeri persalinan merupakan sensasi yang tidak menyenangkan akibat stimulasi saraf sensorik. Nyeri terdiri dari dua komponen, yaitu komponen fisiologis yang merupakan proses penerimaan impuls menuju saraf pusat dan komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut (Astutik, 2018).

Berdasarkan definisi nyeri dari beberapa peneliti, nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan. Hal ini merupakan pengalaman subjektif yang berbeda dengan stimulus panca indera, karena berasal dari kerusakan jaringan atau berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan. Proses

timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel, termasuk nosisepsi, sensitisasi perifer, sensitisasi sentral, dan reorganisasi struktural. Nyeri juga terdiri dari komponen fisiologis dan psikologis, meliputi proses penerimaan impuls menuju saraf pusat, rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri, dan reaksi terhadap hasil interpretasi nyeri tersebut.

#### **b. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri**

Beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri adalah :

##### 1) Usia

Menurut Potter *et al* (2013) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri.

##### 2) Jenis kelamin

Faktor jenis kelamin menunjukkan bahwa nyeri di pengaruhi oleh faktor hormonal dan psikologis. Hormon *estrogen* dan *progesteron* pada perempuan berpengaruh pada proses sensitisasi saraf dan penurunan ambang batas nyeri. Faktor psikologis seperti depresi dan gangguan kecemasan juga berperan dalam peningkatan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien (Hidayati *et al.*, 2022)

##### 3) Budaya

Ras dan suku merupakan faktor penting bagi seseorang dalam merespon nyeri. Latar belakang budaya mempengaruhi komunikasi, ekspresi, dan respon terhadap nyeri. Suku juga mempunyai peran bagaimana cara individu menerima dan mengkomunikasikan nyeri mereka (Kozier *et al.*, 2018).

##### 4) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang ini menyebabkan semakin banyak

bahan, materi dan pengetahuan yang dimiliki untuk mencapai perubahan tingkah laku yang baik. Menurut Lukman (2011), responden yang berpendidikan tinggi lebih mampu menggunakan pemahaman mereka dalam merespon kejadian secara adaptif dibandingkan kelompok responden yang berpendidikan rendah (Wijaya *et al.*, 2021).

#### 5) Pengalaman nyeri sebelumnya

Cara seseorang berespon terhadap nyeri adalah akibat dari banyak kejadian nyeri selama rentang kehidupannya. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang hebat, maka kecemasan atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi nyeri tersebut berhasil dihilangkan, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter *et al.*, 2013)

#### 6) Sikap dan keyakinan terhadap nyeri

Sikap dan keyakinan terhadap nyeri dapat mempunyai pengaruh yang kuat tentang bagaimana nyeri dirasakan dan cara pengelolaan nyeri. Pengenalan terhadap nyeri memungkinkan individu untuk membuat keputusan kapan nyeri memberikan tanda potensial berbahaya, atau kerusakan jaringan, dan sumber apa atau derajat nyeri dapat dianggap aman (Unruh & Henriksson, 2002).

#### 7) Tingkat kecemasan

Status emosional mempengaruhi persepsi nyeri. Nyeri dan kecemasan bersifat kompleks, sehingga keberadaannya tidak terpisahkan. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan cemas. Apabila rasa cemas tidak mendapatkan perhatian, maka rasa cemas tersebut akan menimbulkan suatu masalah serius dalam penatalaksanaan nyeri. Pasien dengan gangguan kecemasan menunjukkan perbedaan dalam konsentrasi keseimbangan

hormon dalam tubuh. Perubahan hormon inilah yang akan berpengaruh terhadap fungsi *hipotalamus* sehingga mengaktifkan kerja *neurotransmitter* terhadap komplikasi yang dialami, dikarenakan efek fisiologis yang menyebabkan keseimbangan tubuh terganggu sehingga dampak stress akan muncul yang pada akhirnya akan memperberat persepsi responden terhadap nyeri (Apriansyah *et al.*, 2015)

#### 8) Kebutuhan informasi

Kurangnya informasi sebelum pembedahan meliputi kurang pengetahuan terhadap prosedur operasi, perubahan citra tubuh pasca operasi, ketergantungan diri pada orang lain, masalah biaya operasi dan nyeri pasca operasi sehingga kecemasan dapat terjadi. Selain itu kekhawatiran dan ketidaktahuan dapat menimbulkan ketegangan, stress dan kecemasan yang menyebabkan rasa nyeri menjadi bertambah buruk, dan dapat menciptakan rasa sakit yang sebenarnya hanya sedikit sekali terasa. Informasi, pengetahuan dan dukungan bisa mengusir kecemasan dan kekhawatiran, dan juga bisa membantu untuk menghilangkan rasa sakit (Matondang & Maimunah., 2021).

### c. Klasifikasi Nyeri

Menurut Murtasih, I. (2022) Klasifikasi Nyeri terdiri dari :

#### 1) Berdasarkan sumbernya, yaitu :

##### a) Nyeri *somatik* luar

Perasaan tidak nyaman dengan rangsangan dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Keluhan yang timbul berupa seperti sensasi terbakar, tajam, dan dapat dilokalisasi.

##### b) Nyeri *somatik* dalam

Digambarkan sebagai Nyeri tumpul (*dullnes*) akibat stimulus pada otot, jaringan ikat, sendi, tulang sehingga tidak dapat dilokalisasi dengan baik.

##### c) Nyeri *visceral*

Respon yang timbul akibat adanya rangsangan pada organ somatik

yang menutupinya seperti *pleura*, *parietalis*, *pericardium*, dan *peritonium*.

2) Klasifikasi Nyeri berdasarkan jenisnya (Anitescu, *et al*, 2017) :

a) Nyeri *nosiseptif*

Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan *somatic* ataupun *visceral*. Stimulasi *nosiceptor* akan mengakibatkan tersekresinya mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik.

b) Nyeri *neurogenik*

Nyeri akibat adanya disfungsi primer pada sistem saraf *perifer* seperti lesi pada daerah saraf *perifer*. Umumnya penderita akan merasakan seperti ditusuk-tusuk disertai sensasi panas dan tidak mengenakan pada fungsi perabaan.

c) Nyeri *psikogenik*

Nyeri yang berkaitan dengan adanya gangguan pada kejiwaan seseorang yang direpresantikan dengan kasus depresi maupun kecemasan.

3) Klasifikasi Nyeri berdasarkan waktu :

a) Nyeri akut

Keluhan yang tidak mengenakan berkaitan dengan kerusakan jaringan dengan durasi mendadak dengan intensitas Nyeri ringan hingga berat dan telah dialami penderita < 3 bulan (PPNI, 2016).

b) Nyeri kronik

Pengalaman Nyeri berkaitan dengan kerusakan aktual maupun fungsional, yang terjadi secara lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang telah dirasakan selama > 3bulan (PPNI, 2016)

4) Klasifikasi Nyeri berdasarkan derajatnya :

a) Nyeri ringan

Dirasakan secara hilang timbul dan pada umumnya terjadi saat melakukan aktivitas sehari-hari.

## b) Nyeri sedang

Timbul secara terus menerus dan menyebabkan terganggunya aktivitas dan dapat hilang saat penderita beristirahat.

## c) Nyeri berat

Dapat terjadi secara menerus sepanjang hari dan menyebabkan penderita tidak mampu beristirahat.

## d) Nyeri berat tidak terkontrol

**d. Mekanisme Nyeri**

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu *nosisepsi*, *sensitisasi perifer*, perubahan *fenotip*, *sensitisasi sentral*, *eksitabilitas ektopik*, *reorganisasi struktural*, dan penurunan *inhibisi*. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri: *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *persepsi*.

*Transduksi* adalah suatu proses dimana akhiran saraf *afere*n menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls *nosiseptif*. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut *A-beta*, *A-delta*, dan *C*. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah *A-delta* dan *C*. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses *transduksi*, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator *inflamasi*.

*Transmisi* adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju *kornu dorsalis medulaspinalis*, kemudian sepanjang *traktus sensorik* menuju otak. *Neuron aferen primer* merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhirdi *kornu dorsalis medula spinalis* dan selanjutnya berhubungan dengan banyak *neuron spinal*.

*Modulasi* adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain*

*related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di *kornu dorsalis medula spinalis*, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti *kappa*, dan *delta* dapat ditemukan di *kornu dorsalis*. Sistem *nosiseptif* juga mempunyai jalur descending berasal dari *korteksfrontalis*, *hipotalamus*, dan area otak lainnya ke otak tengah (*midbrain*) dan *medula oblongata*, selanjutnya menuju *medula spinalis*. Hasil dari proses *inhibisi descendens* ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal *nosiseptif* di *kornu dorsalis*.

Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses *transduksi*, *transmisi*, *modulasi*, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *Nociseptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf *afere*n (Bahrudin, 2017).

#### **e. Pengukuran Skala Nyeri**

Nyeri dapat diukur dengan menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS), *Faces Pain Rating Scale* (FPRS), *Verbal Rating Scale* (VRS), dan *Numeric Rating Scale* (NRS). NRS merupakan skala sederhana yang digunakan secara linier dan biasanya digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dalam praktek klinik. NRS biasanya dijelaskan kepada pasien terlebih dahulu secara verbal, tetapi bisa disediakan dengan visual, NRS bisa diperlihatkan dalam orientasi horizontal atau vertikal. Skala ini telah menunjukkan sensitivitas terhadap pengobatan dalam intensitas nyeri dan bermanfaat untuk membedakan intensitas nyeri ketika beristirahat dan selama beraktivitas. NRS dapat diberikan secara lisan atau tertulis, sederhana dan mudah dipahami, serta mudah dikelola dan dinilai. Pasien dapat menggambar lingkaran pada angka yang paling menggambarkan

dimensi nyeri (Rosenow, 2018).

Skala ini sudah divalidasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Li, Liu & Herr dalam Swarihadiyanti (2014), menunjukkan bahwa validitas dan reliabilitas skala ini yaitu 0,90 dan lebih dari 0,95. Tingkat nyerinya menjadi terukur secara objektif. Skala numerik dari 0 hingga 10, nol (0) adalah keadaan bebas nyeri, 1-3 adalah nyeri ringan, 4-6 adalah nyeri sedang, 7-9 adalah nyeri berat, dan 10 adalah nyeri berat tidak terkontrol. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau pada klien yang baru mengalami operasi. Tingkat angka yang ditunjukkan oleh klien dapat digunakan untuk mengkaji efektivitas dari intervensi pereda rasa nyeri (Potter & Perry, 2005 dalam Handayani, S., 2015)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nyeri Ringan			Nyeri Sedang			Nyeri Berat			Nyeri Berat Tidak Terkontrol
Tidak Nyeri										

Skema 2.1 *Skala Numeric Rating Scale (NRS)*  
Sumber: Handayani, S (2015)

### 3. Konsep Kecemasan

#### a. Definisi

Cemas (*ansietas*) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Kecemasan adalah merupakan respon psikologis yang timbul terhadap stress (Zahroh dan Maslahatul, 2017).

Cemas (*ansietas*) adalah suatu perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman. Pengaruh tuntutan, persaingan, serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan

psikologi. Salah satu dampak psikologis yaitu *ansietas* atau kecemasan (Sutejo, 2018).

Berdasarkan definisi cemas (*ansietas*), dapat disimpulkan bahwa cemas adalah suatu emosi dan pengalaman subjektif yang menciptakan ketidaknyamanan pada seseorang. Keadaan ini dapat bervariasi dalam tingkatannya dan merupakan respons psikologis terhadap stres. Cemas muncul sebagai perasaan takut terhadap kemungkinan terjadinya sesuatu yang diakibatkan oleh antisipasi terhadap bahaya, dan pada dasarnya berfungsi sebagai sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan menghadapi ancaman.

#### **b. Macam-macam Kecemasan (*ansietas*)**

Kecemasan terdiri dari beberapa macam, diantaranya yaitu

- 1) Kecemasan obyektif (*Realistics*) adalah jenis kecemasan yang berorientasi pada aspek bahaya–bahaya dari luar seperti misalnya melihat atau mendengar sesuatu yang dapat berakibat buruk.
- 2) Kecemasan *neurosis* adalah suatu bentuk jenis kecemasan yang apabila insting pada panca indera tidak dapat dikendalikan dan menyebabkan seseorang berbuat sesuatu yang dapat dikenakan sanksi hukum.
- 3) Kecemasan moral adalah jenis kecemasan yang timbul dari perasaan sanubari terhadap perasaan berdosa apabila seseorang melakukan sesuatu yang salah (Zaviera, 2016).

#### **c. Pengaruh Cemas (*ansietas*)**

Tanda dan gejala pasien dengan *ansietas* adalah cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan. (Sutejo, 2018).

**d. Tingkat Kecemasan (*ansietas*)**

Menurut Kusumawati & Hartono (2010), tingkatan cemas yaitu:

- 1) Kecemasan ringan
  - a) Individu waspada
  - b) Lapang persepsi luas
  - c) Menajamkan indra
  - d) Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif
  - e) Menghasilkan pertumbuhan dan kreatif
- 2) Kecemasan sedang
  - a) Individu hanya fokus pada pikiran yang menjadi perhatiannya
  - b) Terjadi penyempitan lahan persepsi
  - c) Masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain
- 3) Kecemasan Berat
  - a) Lapangan persepsi individu sangat sempit
  - b) Perhatian hanya pada detil yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal yang lain
  - c) Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk fokus pada area lain
- 4) Panik
  - a) Individu kehilangan kendali diri dan detil
  - b) Detil perhatian hilang
  - c) Tidak bisa melakukan apa pun meskipun dengan perintah
  - d) Terjadi peningkatan aktivitas motorik
  - e) Berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain
  - f) Penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif
  - g) Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian
  - h) Kriteria serangan panik adalah palpitasi, berkeringat, gemetar, atau goyah, sesak napas, merasa tersedak, nyeri dada, mual, dan distress abdomen.

#### **e. Pengukuran tingkat kecemasan**

Kecemasan sering diukur dengan menggunakan kuesioner. APAIS (*Amsterdam Preoperative anxiety and Information Scale*) merupakan salah satu instrument yang digunakan untuk mengukur kecemasan pasien yang telah divalidasi, diterima dan diterjemahkan ke dalam 18 berbagai bahasa dunia termasuk bahasa Indonesia. Instrumen APAIS dibuat oleh Moerman pada tahun 1995 di Belanda, yang terdiri dari 6 pertanyaan, 4 pertanyaan evaluasi mengenai kecemasan anestesi dan prosedur bedah, dan 2 pertanyaan mengevaluasi mengenai kebutuhan informasi. Tetapi kuesioner APAIS, kurang spesifik dalam menggali pertanyaannya atau informasi dari pasien sehingga bisa berakibat kurang baik apabila terjadi komplikasi akibat gejala kecemasan yang kurang diketahui (Ningrum, 2019).

Kuesioner APAIS terdiri atas 6 pertanyaan singkat mengenai kecemasan yang berhubungan dengan anestesia, prosedur bedah dan kebutuhan akan informasi. APAIS dibagi menjadi subskala tentang kecemasan anestesi (pernyataan 1 dan 2), sementara kecemasan mengenai operasi (pernyataan 4 dan 5) dan kebutuhan informasi (pertanyaan 3 dan 6) (Perdana *et al.*, 2015).

#### **f. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan**

Menurut Lutfu & Maliya (2008), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien antara lain :

1) Faktor-faktor intrinsik, antara lain:

a) Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

b) Konsep diri dan peran.

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi

individu berhubungan dengan orang lain.

c) Pengalaman pasien menjalani pengobatan

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

2) Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain:

a) Kondisi medis (diagnosis penyakit)

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

b) Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

c) Pekerjaan

Pekerjaan responden dapat mempengaruhi kecemasannya dalam menjalani operasi, hal ini disebabkan karena responden yang tidak bekerja merasa menjadi beban tanggungan keluarga, dan merasa cemas karena tidak dapat langsung melakukan aktivitas pekerjaannya (Ahsan, Lestari, Sriati, 2017).

d) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan

eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu.

#### **4. Kebutuhan Informasi**

##### **a. Definisi**

Menurut Pertiwi & Maulida (2015), berikut pengertian kebutuhan informasi menurut para ahli :

- 1) Kebutuhan informasi merupakan suatu keadaan yang terjadi dalam struktur kognisi seseorang yang dirasakan ada kekosongan informasi atau pengetahuan sebagai akibat tugas atau sekadar ingin tahu. Jika dilihat dari pengertian tersebut, maka arti kebutuhan informasi di sini tidak terbatas pada pengertian informasi, namun juga pengetahuan.
- 2) Kebutuhan informasi sebagai suatu situasi atau proses yang dimulai ketika seseorang merasa ada kesenjangan (gap) antara informasi dan pengetahuan yang tersedia untuk menyelesaikan sebuah masalah dan solusi sebenarnya dari suatu masalah.

Kesimpulan dari definisi di atas adalah Kebutuhan informasi mencakup kekosongan pengetahuan atau informasi yang dirasakan seseorang, baik karena tugas yang dihadapi atau semata-mata rasa ingin tahu. Ini tidak hanya terkait dengan pemahaman informasi, tetapi juga melibatkan pengetahuan. Proses kebutuhan informasi dimulai ketika seseorang merasa adanya kesenjangan antara informasi yang dimiliki dan pengetahuan yang diperlukan untuk mengatasi suatu masalah, sehingga memicu upaya mencari solusi aktual.

##### **b. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi kebutuhan Informasi**

Menurut Pertiwi & Maulida (2015), faktor munculnya kebutuhan informasi jika dikaitkan dengan kebutuhan pribadi berkaitan dengan :

- 1) Kebutuhan fisiologis, seperti kebutuhan untuk makan, minum, dan tempat tinggal.
- 2) Kebutuhan afektif, yang disebut juga dengan kebutuhan

psikologis/emosional, seperti kebutuhan untuk pencapaian, kekuasaan, dan lain-lain.

- 3) Kebutuhan kognitif, seperti kebutuhan untuk merencanakan, untuk belajar suatu keahlian, dan kebutuhan yang berkaitan erat dengan kebutuhan untuk memperkuat atau menambah informasi, pengetahuan, dan pemahaman seseorang akan lingkungannya.

#### **c. Jenis-jenis Kebutuhan Informasi**

Menurut Wilson (1996) dalam Pertiwi & Maulida (2015), kebutuhan informasi meliputi :

- 1) Kebutuhan atas informasi baru
- 2) Kebutuhan untuk menjelaskan informasi yang diperoleh
- 3) Kebutuhan untuk memperkuat informasi yang diperoleh
- 4) Kebutuhan untuk menjelaskan kepercayaan dan nilai yang ada
- 5) Kebutuhan untuk memperkuat kepercayaan dan nilai yang ada

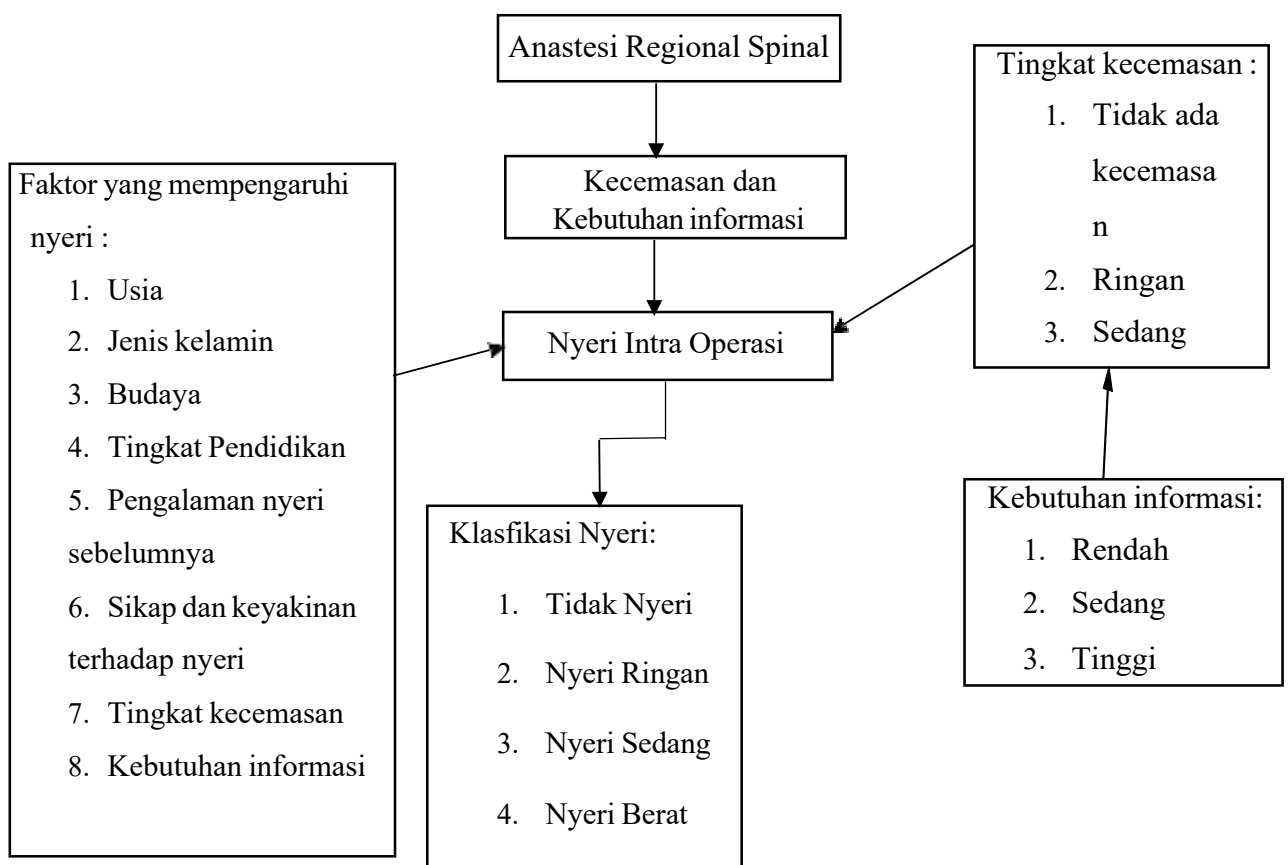
#### **d. Skala Pengukuran Kebutuhan Informasi**

Menurut Perdana *et al* (2015), kebutuhan informasi juga diukur dengan menggunakan kuesioner APAIS (*Amsterdam Preoperative anxiety and Information Scale*), merupakan salah satu instrument yang digunakan untuk mengukur kecemasan dan kebutuhan informasi pasien yang telah divalidasi. Kuesioner APAIS terdiri atas 6 pertanyaan singkat mengenai kecemasan yang berhubungan dengan anestesia, prosedur bedah dan kebutuhan akan informasi. 2 pertanyaan mengevaluasi mengenai kebutuhan informasi terdapat dalam pertanyaan no 3 dan 6.

Skor kebutuhan informasi pada instrumen APAIS berjarak antara 2 (tidak butuh informasi) sampai 10 (kebutuhan informasi tinggi), dengan klasifikasi kebutuhan informasi rendah (skor 2-4), kebutuhan informasi sedang (skor 5-7), kebutuhan informasi tinggi (skor 8-10). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien dengan skor kebutuhan informasi yang tinggi mempunyai tingkat kecemasan yang lebih tinggi bila dibandingkan

dengan pasien yang memiliki skor kebutuhan informasi yang lebih rendah. Hasil ini serupa dengan studi-studi oleh Moerman dan Berth yang menyebutkan bahwa pasien dengan kebutuhan informasi yang tinggi mempunyai tingkat kecemasan yang lebih tinggi (Perdana *et al.*, 2015).

## B. Kerangka Teori



Skema 2.2 Kerangka teori  
Sumber : (Sutejo, 2018 dan Handayani, S , 2015 )