

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu hal yang bersifat subjektif dan personal. Stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan atau mental yang terjadi secara alami. Nyeri merupakan suatu pengalaman melelahkan dan membutuhkan energi. Nyeri dapat mengganggu hubungan personal dan mempengaruhi makna hidup (Potter & Perry, 2010).

Nyeri merupakan fenomena multidimensional sehingga sulit untuk didefinisikan. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. International Association For the Study of Pain (IASP) memberikan definisi medis nyeri yang sudah diterima sebagai “pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama (Black, 2014).

2. Sifat Nyeri

Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup aspek fisik, emosional, dan kognitif. Nyeri bersifat subjektif dan personal. Stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu yang bersifat fisik dan mental yang terjadi secara alami. Hanya klien yang mengetahui kapan nyeri tersebut timbul dan bagaimana perasaan klien ketika nyeri terjadi (Potter & Perry, 2010).

3. Fisiologis Nyeri

Terdapat empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (nosiseptif: saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak): transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi (McCaffery dan Pasero, 1999). Klien yang mengalami nyeri tidak dapat membedakan keempat proses tersebut. Bagaimanapun pemahaman terhadap masing-masing proses akan

membantu kita dalam mengenali faktor-faktor yang menyebabkan nyeri. Gejala yang menyertai nyeri, dan rasional dari setiap tindakan yang diberikan. Transduksi adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Transduksi dimulai di perifer, ketika stimulus terjadinya nyeri mengirimkan impuls yang melewati serabut saraf nyeri perifer yang terdapat pancaindra (nosiseptor) maka akan menimbulkan potensial aksi. Stimulus tersebut berupa suhu, kimia, atau mekanik (Potter & Perry, 2010).

Setelah proses transduksi selesai, transmisi impuls nyeri dimulai. Kerusakan sel dapat disebabkan oleh stimulus suhu, mekanik, atau kimiawi yang mengakibatkan pelepasan neurotransmitter eksitatori. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis melalui tulang belakang dan melewati beberapa rute hingga berakhir di dalam lapisan abu-abu medulla spinalis. Ketika stimulus nyeri sampai ke korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi dari pengalaman yang telah lalu, pengetahuan, serta faktor budaya yang berhubungan dengan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2010).

4. Respons Perilaku

Apabila nyeri dibiarkan tanpa penanganan atau tidak berkurangnya intensitasnya, hal tersebut akan mengubah kualitas hidup seseorang secara signifikan. Nyeri dapat mengganggu setiap aspek dari kehidupan seseorang, nyeri juga dapat mengancam kesejahteraan seseorang, baik secara fisik maupun fisiologis (Potter & Perry, 2010).

5. Jenis-Jenis Nyeri

a. Nyeri Akut

Nyeri akut bersifat melindugi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Pada akhirnya, nyeri akut akan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh. Itu disebabkan karena nyeri akut dapat diprediksi waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi. Penting untuk

menyadari bahwa nyeri akut yang tidak terobati dapat berkembang menjadi nyeri kronis (Potter & Perry, 2010).

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan, tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan yang teramat sangat bagi seseorang. Nyeri kronis bisa merupakan hal yang bersifat kanker atau bukan. Terkadang area yang mengalami cedera telah sembuh bertahun-tahun yang lalu, tetapi nyeri yang dirasakan masih terus berlanjut dan tidak menunjukkan adanya respons terhadap pengobatan (Potter & Perry, 2010).

6. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan sejumlah nyeri yang dirasakan oleh individu dan sering kali digambarkan dengan kata-kata seperti ringan, sedang, berat. Intensitas nyeri juga dapat dilaporkan dengan angka yang menggambarkan skor dari nyeri yang dirasakan (Manurung et al., 2019).

7. Pengkajian Nyeri

Pengkajian karakteristik nyeri membantu dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan untuk mengatasinyeri. Kriteria pengkajian nyeri yang biasa digunakan adalah metode pengkajian karakteristik nyeri dengan PQRST menurut (Potter & Perry, 2010)

a. Faktor pencetus (P : *provocate*)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada pasien, dapat juga melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

b. Kualitas (Q : *Quality*)

Merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat : tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, perih, tertusuk-tusuk.

c. Lokasi nyeri (R : *Region*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk

melokalisasi nyeri dengan daerah yang lebih spesifik, perawat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri. Dalam mendokumentasikan hasil pengkajian tentang lokasi nyeri, hendaknya menggunakan bahasa anatomi atau istilah deskriptif.

d. Keparahan (S : *Severe*)

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang, atau parah. Alat VDS (Verbal Descriptor Scale) memungkinkan untuk memilih sebuah kategori mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numeric (Numeric Rating Scale, NRS) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

e. Durasi (T : *Time*)

Lebih mudah untuk mendiagnosa sifat nyeri dengan mengidentifikasi faktor waktu. Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri tersebut muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

8. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Joyce M. Black (2014) pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi berbagai hal, diantaranya sebagai berikut :

a. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri, merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman individual kita masing masing, nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik. Baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat mempengaruhi pengalaman kita akan nyeri. Walaupun beberapa ahli setuju mengenai spesifik dari faktor faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri: kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan dan arti di balik situasi terjadinya cedera. Fungsi kognitif, seperti distraksi juga memberikan

pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi toleransi individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri

b. Faktor Sosio Budaya

Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini memengaruhi seluruh respons sensoris, termasuk respons terhadap nyeri. Kita belajar bagaimana respons nyeri. Respons terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya kita masing-masing. Dengan kerangka seperti ini, kita belajar apa yang sesuai dan diterima oleh kelompok sebaya kita.

c. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu lansia mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa. Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai manifestasi alami penuaan. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berfikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua hal itu mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua.

d. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis

sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

e. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan anti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hasil positif

f. Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin memengaruhi respons terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengartian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

g. Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

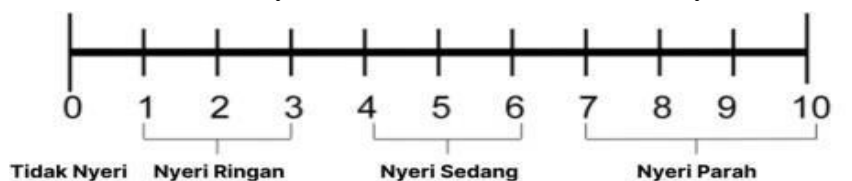
Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri dapat memiliki kesulitan dalam mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami peningkatan buruk sebelumnya mungkin menerima nyeri selanjutnya dengan lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin akan melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya.

9. Penilaian Respons Intensitas Nyeri

Numerical Rating Scale (NRS), digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Skala ini mengharuskan klien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala numerik merupakan cara penilaian yang paling efektif digunakan saat mengkaji sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan) merupakan nyeri yang masih bisa ditahan, skala nyeri 4- 6 (Nyeri sedang) merupakan nyeri yang dapat

mengganggu aktifitas fisik. Hal ini akan mempengaruhi waktu pemulihan pasien *post* operasi. Skala nyeri 7-10 (nyeri berat) merupakan nyeri yang mengakibatkan seseorang tidak dapat beraktifitas secara mandiri. Oleh karena itu, diperlukan terapi farmakologi untuk mengatasi nyeri tersebut.

Gambar 2.1 Skala Nyeri NRS Sumber: (Potter & Perry, 2010)



10. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan secara garis besar dapat dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologi dan nonfarmakologis.

a. Terapi Farmakologi

Analgesik adalah metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Terapi farmakologis yang diberikan adalah non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), opioid atau analgesik, obat tambahan (adjuvans) atau koanalgesik (Black, 2014).

b. Terapi Non-Farmakologis

Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologis. Terapi non-farmakologis dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat. Berikut ini adalah teknik non-farmakologis yang dapat dilakukan antara lain (Black, 2014):

1) Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi merupakan kegiatan memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan memberikan informasi pada klien dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri.

2) Kompres Panas dan Dingin

Terapi dingin dan panas diduga bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam bidang reseptor yang

sama pada cedera. Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu sehingga pembuluh darah melebar dan memperbaiki peredaran darah. Sedangkan terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.

3) Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS

TENS merupakan suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. Stimulasi saraf elektris transkutan ialah prosedur non-invasif dan menggunakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

4) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Teknik ini biasanya tidak efektif diberikan pada pasien yang mengalami nyeri berat atau nyeri akut. Hal ini disebabkan pada nyeri berat atau akut, pasien tidak berkonsentrasi dengan baik dan tidak cukup baik untuk ikut serta dalam aktifitas mental dan fisik yang kompleks.

5) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing ialah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup.

6) Akupunktur

Akupunktur adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik.

7) Massase

Massase yaitu melakukan tekanan tangan pada jaringan

lunak, biasanya otot, tendon, atau ligament, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, atau memperbaiki sirkulasi.

8) Relaksasi

Relaksasi merupakan tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Metode fisiologis ini dikembangkan untuk melawan ketegangan dan kecemasan yang disebut relaksasi progresif, yaitu terapi untuk mengurangi ketegangan otot.

9) Aromaterapi

Wangi yang dihasilkan aromaterapi akan menstimulasi thalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa nyeri alami. Enkefalin merupakan neuromodulator yang berfungsi menghambat rasa nyeri fisiologis yang memberi efek menenangkan, rasa cemas hilang, dan relaksasi. Aromaterapi merupakan pemberian minyak esensial melalui inhalasi, pijatan dan kompres untuk meredakan nyeri, menurunkan tekanan darah, meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (PPNI, 2018).

11. Mekanisme nyeri

Keseimbangan aktivitas dari neuro sensori dan control desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorphine dan dinorfin, suatu penghilang nyeri alami yang berasal dari tubuh. Teknik pengalihan perhatian, konseling merupakan upaya untuk melepaskan endorphine (Potter & Perry, 2014).

Ada empat tahapan proses terjadinya nyeri:

a. Transduksi

Proses dimana suatu stimulus nyeri (noxious stimuli) dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologis karena mediator nyeri mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya terjadi proses sensitivisasi perifer yaitu menurunnya nilai ambang rangsang nosiseptor karena pengaruh mediator tersebut dan penurunan pH jaringan. Akibatnya nyeri dapat timbul

b. Transmisi

Proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati korda dorsalis, dari spinalis menuju korteks serebri. Transmisi sepanjang akson berlangsung karena proses polarisasi, sedangkan dari neuron presinaps ke pasca sinaps melewati neurotransmitter.

c. Persepsi

Proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan ditindaklanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

d. Modulasi

Proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri. Modifikasi ini dapat berupa augmentasi (peningkatan) ataupun inhibisi (penghambatan).

B. Konsep *Sectio caesarea*

1. Definisi

Pengertian *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Rahim dkk., 2019). *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan

buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Nurfitriani, 2017). Tindakan *Sectio caesarea* (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi non medis, tindakan SC akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anestesi habis (Metasari dan Sianipar, 2018).

2. Indikasi

Indikasi Pelaksanaan *sectio caesarea* dapat dilakukan apabila kelahiran dilakukan melalui vagina dimungkinkan dapat membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi (Subekti, 2018):

a. Indikasi *sectio caesaria* elektif

Dilakukan kalau sebelumnya sudah diperkirakan bahwa kelahiran per vaginam yang normal tidak cocok atau tidak aman. Kelahiran dengan *sectio caesarea* dilakukan untuk plasenta previa, letak janin yang tidak stabil dan tidak bisa dikoreksi, riwayat obstetri yang jelek, disproporsi sefalopelvik, infeksi herpes virus tipe ii, riwayat *sectio secaria*, diabetes, presentasi bokong, penyakit atau kelainan yang berat pada janin.

b. Indikasi darurat

Kelahiran dengan *sectio caesarea* dilakukan untuk :

Induksi persalinan yang gagal, kegagalan dalam kemajuan persalinan, penyakit fetal atau maternal, persalinan macet, pre eklamsia berat, prolapsus funikuli, perdarahan hebat dalam persalinan, tipe tertentu malpresentasi janin dalam persalinan

3. Jenis-jenis Operasi *Sectio caesarea*

Ada beberapa jenis operasi *sectio caesarea* yaitu (Purwoastuti & Walyani, 2015) :

a. Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga

memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Jenis ini sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

- b. Sayatan mendarat di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan sekarang ini. Metode ini meminimalkan resiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
- c. Histerektomi Caesar yaitu bedah Caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.
- d. Bentuk lain dari bedah Caesar seperti extraperitoneal CS.

4. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pasca operasi SC:

- a. Perdarahan : Perdarahan *post partum* yaitu perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir termasuk solusio plasenta (Wahyuningsih, 2019). Penyebab perdarahan pada tindakan operasi adalah atonia uteri (sumber perdarahan berasal dari implantasi plasenta), robekan jalan lahir (ruptur uteri, robekan serviks), robekan vagina, robekan perineum, dapat menimbulkan terjadi perdarahan ringan sampai berat, perdarahan karena mola hidatidosa/karsinoma, gangguan pembekuan darah, kematian janin dalam rahim melebihi 6 minggu, pada solusio plasenta, dan emboli air ketuban. Retensio plasenta adalah gangguan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta.
- b. Infeksi puerperal (Nifas) : Ringan (dengan kenaikan suhu beberapa hari saja), Sedang (dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung), dan Berat (dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Sering dijumpai pada partus terlantar sebelum timbul infeksi nifas, yakni telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama).
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonitasalisasi terlalu tinggi
- d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

5. Perawatan *Post Sectio Caesarea*

Penanganan pasca operasi sc dibagi menjadi perawatan pasca operasi serta perawatan lanjutan. Perawatan pasca operasi difokuskan pada tindakan observasi yang meliputi (Manuaba, 2010):

- a. Kaji tanda-tanda vital (TD, Nadi, RR, Suhu, SaO₂) dan kesadaran klien dengan interval teratur (15 menit). Pastikan kondisinya stabil.
- b. Lihat tinggi fundus, adanya perdarahan dari luka dan jumlah lokia. Hal ini khususnya penting jika persalinan berlangsung lama, jika uterus telah mengembang oleh polihidramnion atau kehamilan multiple dan jika terdapat ancaman defek koagulasi. Contohnya setelah perdarahan antepartum dan toksemia preeklampsia.
- c. Pertahankan keseimbangan cairan
- d. Pastikan analgesik yang adekuat dimana rasa nyeri meningkat pada hari pertama *postoperasi sectio caesarea*.
- e. Profilaksis antibiotika, hal ini dikarenakan infeksi selalu diperhatikan dari adanya alat yang kurang steril, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian. Selain tindakan observasi tersebut, akan dilakukan perawatan lanjutan diantaranya adalah :

- 1) Ambulasi : Hari pertama ibu *postSC* harus tirah baring dulu. Mobilisasi ini yang biasa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menenangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Ibu diharuskan untuk miring kiri dan kanan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli, setelah ibu belajar duduk ibu dianjurkan untuk belajar berdiri dan berjalan.
- 2) Perawatan Payudara : Menyusui dapat dimulai pada hari pembedahan, lakukan pendampingan dan motivasi kepada ibu untuk menyusui bayinya. Berikan edukasi terkait pentingnya ASI eksklusif.
- 3) Perawatan Luka : perawatan luka pasca operasi SC dilakukan

dengan tujuan mencegah dan melindungi luka dari infeksi, menyerap eksudat, melindungi luka dari trauma, mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut, meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

C. Konsep Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu *postpartum* atau *post SC* perawat harus mengembangkan keterampilan dan kiat keperawatan, salah satunya harus mampu mengintegrasikan model konseptual khususnya dalam asuhan persalinan. Dalam asuhan keperawatan *post SC* terdapat beberapa data seperti pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi (Valentin, 2024).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2017) Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya.

a. Identitas pasien

Nama, no rekam medis tanggal lahir pekerjaan, pendidikan terakhir, alamat, Usia : wanita usia < 20 tahun atau > 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya anemia selama kehamilan, suku

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien. Keluhan yang terjadi biasanya seperti mata berkunang-kunang, cepat lelah, nafas pendek, mual dan muntah.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan *post* operasi *sectio caesarea* mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

a) P (Provokatif atau Paliatif)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada *post* operasi laparotomi biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka *post* operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri berkurang bila Pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

b) Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien.

c) R (Regional atau area radiasi)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka *post* operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

d) S (Skala, *Severity*)

Yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka *post* operasi (Nugraha, 2020).

e) T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Nugraha, 2020).

c. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan.

- 1) Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
- 2) Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020)
- 3) Aktivitas sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, *personal hygiene*, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, *personal hygiene* kurang terpenuhi (Nugraha, 2020).

e. Pemeriksaan fisik *post sectio caesarea*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien *post* laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

1) Kondisi umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

2) Sistem pernafasan

Hidung tidak ada epistaksis, mukosa hidung kering, secret tidak ada, ketajaman penciuman normal.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring).

Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon

dari nyeri *post* operasi (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

4) Sistem pencernaan

Terdapat luka *post* operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien *post* operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual. Mukosa mulut kering, bibir tidak ada labioskisis dan palatoskisis, tenggrogan tidak ada kesulitan menelan, pasien mengatakan sempat mual (Aprilia, 2020).

5) Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien *post* operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

6) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien *post* operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

7) Sistem genetalia

Dibagian vagina tidak ada edema, memar, hematoma. Sedangkan dibagian perinium apakah utuh/episiotomi/ruptur. Apakah ada tanda REEDA di perinium, kaji lochea (konsistensi cair berwarna merah, anyir), tidak ada hemoroid, pola eliminasi urine.

8) Sistem muskuloskeletal

Pasien *post* operasi abdomen dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri *post* operasi pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

9) Sistem integument

Terdapat luka *post* operasi di abdomen dan adanya nyeri pada luka

saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

10) Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

11) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien *post* operasi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

f. Riwayat psikologi

1) Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

2) Data sosial

Kaji ubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

3) Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelelahan dan nyeri luka *post* operasi (Nugraha, 2020).

g. Hasil pemeriksaan diagnostic

Semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

- 1) *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
- 2) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- 3) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Tim Pokja DPP SDKI, (2018) antara lain :

a. Nyeri Akut (D.0077)

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Etiologi: Agen pencedera fisiologis (inflamasi)

Tanda dan Gejala Nyeri Akut :

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur.

Kondisi klinis terkait: kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindroma koroner akut, glaukoma.

b. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

Definisi: Ketidackukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari.

Etiologi: kelemahan

Tanda dan gejala intoleransi aktivitas:

Subjektif: Mengeluh lelah

Objektif: Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat.

Kondisi klinis terkait: anemia, gagal jantung kongesif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruksi kronis (ppok), gangguan metabolik, gangguan

muskuloskeletal.

c. Risiko infeksi (D.0142)

Definisi: Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah: penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder, penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat

Kondisi klinis terkait : AIDS, luka bakar, ppok, diabetes mellitus, tindakan invasive, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (kpsw), kanker.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan menurut Tim Pokja DPP SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidurmenurun (L.08066)

Intervensi keperawatan : Manajemen Nyeri (I.08238)Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringanyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Teraupetik :

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: keluhan lelah menurun, frekuensi nadi membaik (L.05047).

Intervensi Keperawatan: Manajemen Energi (I.05178)

Observasi:

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik:

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi:

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

c. Risiko infeksi (D.0142) d.d efek prosedur invasive

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik (L.14137)

Intervensi Keperawatan: Pencegahan Infeksi (I.14508)

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik:

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk

- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi *nonfarmakologi* berupa aromaterapi *peppermint* yang berhubungan dengan prosedur pasien *postoperasi sectio caesarea*. (PPNI, 2018b).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan *nonfarmakologi* aromaterapi *peppermint* untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian aromaterapi *peppermint*: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

D. Konsep Intervensi Sesuai EBP

1. Pengertian Aromaterapi *Peppermint*

Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup (Astuti & Aini, 2020).

Menurut Rizk (2013), *Peppermint* memiliki analgesik kuat (menghilangkan nyeri), yang dimediasi sebagian melalui aktifitas kappa-opioid reseptor, yang membantu blok transmisi sinyal nyeri. Aroma yang dihirup memiliki efek paling cepat, dimana selsel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke emosional pusat otak yang menyebabkan nyeri berkurang . Menurut Kliger dan Chaudhary (2007) minyak *peppermint* mengandung senyawa menthol dan mentil yang

menyebabkan relaks, yang akan menyebabkan nyeri berkurang.

2. Manfaat Aromaterapi *Peppermint*

Peppermint mengandung menthol (50%) dan menthone (10%- 30%) yang tinggi, kandungan penting yang terdapat pada aroma terapi peppermint adalah menthol 50% yang digunakan sebagai antiseptik, penyegar mulut dan pelega tenggorokan.

Hal tersebut mampu meningkatkan kenyamanan dan keadaan fisik seseorang, melegakan pernafasan dan meningkatkan pasokan oksigen ke paru-paru sehingga mampu meningkatkan proses relaksasi tubuh (Tjitrosoepomo, 2010) dalam(Purwaningsih et al., 2023).

Menurut Aprilian & Elsanti (2020) dalam penelitiannya menyatakan aromaterapi sebagai metode yang efektif dan bertindak secara cepat untuk meringankan gejala *post* partum yang umum seperti mual, kestabilan suasana hati dan nyeri. Lebih lanjut lagi aromaterapi peppermint meningkatkan relaksasi, kualitas tidur dan perasaan terhadap bayi.

Aromaterapi Peppermint berfungsi sebagai anti konvulsi. Salah satu mekanisme anti konvulsi adalah anti kejang kontraksi otot. Peppermint mempunyai aktifitas spasmolitik secara *in vitro* dan serta dapat mengurangi regangan otot skeletal (Agustina, Meirita, & Fajria, 2019).

3. Penggunaan Aromaterapi *Peppermint*

Aromaterapi melalui inhalasi cara terapi ini adalah untuk mengalirkan khasiat zat-zat yang dihasilkan oleh minyak esensial langsung. Yaitu dengan mengalirkan uap minyak esensial secara langsung atau melalui alat bantu aromaterapi. Seperti tabung inhaler dan spray, anglo, lilin atau pun pemanas elektrik. Zat-zat yang dihasilkan dapat berupa gas, tetes-tetes uap yang halus, asap, serta uap sublimasi yang akan terhirup lewat hidung dan tertelan lewat mulut. Teknik inhalasi merupakan suatu teknik yang paling cepat dan efektif dalam menginduksi respons sistem saraf pusat hanya dalam 4 detik. Lebih cepat karena hidung mempunyai kontak langsung dengan bagian-bagian otak yang berperan dalam menstimulasi terbentuknya efek yang ditimbulkan dari aromaterapi tersebut. Aromaterapi

peppermint menggunakan diffuser yang berisi 30 mlair dengan 15 tetes minyak aromaterapi *peppermint* yang diletakan sejauh 20 cm dari pasien, selama 10 menit. (Putri et al., 2023).

4. Mekanisme Aromaterapi *Peppermint*

Mekanisme kerja aromaterapi dalam tubuh manusia berlangsung melalui sistem sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Wewangian dapat mempengaruhi kondisi psikis, daya ingat dan emosi seseorang. Organ penciuman merupakan sarana komunikasi alamiah pada manusia, dimana hanya sejumlah 8 molekul yang dapat memacu impuls elektrik pada ujung saraf. Secara kasar terdapat 40 ujung saraf yang harus dirangsang sebelum seseorang sadar bau apa yang dicitum.

Bau merupakan suatu molekul yang mudah menguap ke udara dan akan masuk ke rongga hidung melalui penghirupan sehingga akan direkam oleh otak sebagai proses penciuman (Aprilian & Elsanti, 2020). Proses penciuman dimulai dengan penerimaan molekul bau tersebut pada *olfactory*. Selanjutnya akan ditransmisikan sebagai suatu pesan ke pusat penciuman di bagian belakang hidung yang terdapat berbagai sel neuron yang menginterpretasikan bau tersebut dan mengantarnya ke sistem limbik, kemudian akan dikirim ke hipotalamus untuk diolah. Melalui penghantaran respon yang dilakukan oleh hipotalamus, seluruh unsur pada minyak *essensial* akan diantar oleh sistem sirkulasi dan pada organ tubuh yang membutuhkan ke gerbang *spinal cord* (Aprilian & Elsanti, 2020).

Aromaterapi tersebut mencegah transmisi impuls nyeri, dan respon tubuh secara fisiologis akan berpengaruh terhadap perubahan sel-sel tubuh, sehingga dapat memberikan efek relaksasi pada tubuh responden *post SC*. Efek relaksasi dicapai dalam hitungan sekitar 30 menit dalam lingkungan yang tertutup. Kandungan dalam *peppermint* yang dihirup masuk ke hidung ditangkap oleh *bulbus olfactory* kemudian melalui *traktusolfactorius* yang bercabang menjadi dua, yaitu sisi lateral dan medial. Pada sisi lateral, traktus ini bersinap pada neuron ketiga di amigdala sebagai respon emosi, menuju hipokampus. Setelah hipokampus mengenali bau-bauan

tersebut, maka akan mempengaruhi proses kognator (persepsi, informasi, dan emosi) serta regulator (kimiaawi,saraf,endokrin) yang mempengaruhi *cerebral cortex* dalam aspek kognitif maupun emosi dan meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak sehingga merasakan rileks (Aprilian & Elsanti, 2020).

Aromaterapi secara tidak langsung ikut merangsang sistem neuroendokrin hipotalamus yang mengatur reaksi stres dan menghasilkan *coticotropin releasing factor* (CRF). CRF berfungsi untuk merangsang kelenjar pituitari dalam memproduksi *adreno cortico tropin hormone* (ACTH). ACTH akan menstimulasi produksi *endorfin*, dan *enkefalin* yang memberikan efek analgesik natural dengan menurunkan produksi *kortisol* dan hormon-hormon stres lainnya menghambat presinaptik dan pasca sinaptik pada serabut-serabut nyeri tipe C dan tipe delta serta memblokade reseptor nyeri di *kornu dorsalis*. Sehingga nyeri tidak dikirim ke *korteks serebri* dan selanjutnya akan menurunkan persepsi nyeri (Smeltzer, dan Bare, 2002).

E. Konsep Teori Kolcaba

Teori kenyamanan terdiri dari tiga bagian pernyataan proporsi yang telah diuji secara terpisah atau bersamaan. Bagian pertama menyatakan intervensi kenyamanan, ketika efektif akan menghasilkan peningkatan kenyamanan bagi penerima (pasien dan keluarga). Intervensi kenyamanan ditujukan sebagai pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti istirahat, homeostasis, komunikasi terapeutik dan pengobatan yang holistik. Intervensi kenyamanan biasanya non teknologi dan terintegrasi dalam pemberian asuhan. Bagian kedua menyatakan bahwa peningkatan kenyamanan penerima asuhan dihasilkan dari adanya perilaku kesadaran diri tentang kesehatannya. Bagian ketiga menyatakan bahwa adanya peningkatan kesadaran diri penerima tentang kesehatannya meningkat akibat kemajuan dalam kualitas perawatan, kebijakan institusi dan asuhan berdasar bukti praktik klinis dan kebijakan (Alligood & Tomey, 2010).

Berdasarkan uraian teori Kolcaba dan beberapa artikel penelitian dapat diyakini bahwa perawat dapat melaksanakan asuhan bersifat memberikan kenyamanan bagi pasien. Teori *comfort* ini akan meningkatkan peran perawat untuk lebih kreatif dalam pemberian asuhan keperawatannya dan kepuasan diri, seperti pencapaian kepuasan yang diperoleh pasien kelolaannya. Dikarenakan teori ini memiliki relevansi pada praktik dan mudah untuk dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan. Teori *comfort* sangat membantu dalam pemberian asuhan keperawatan pasien perioperatif.

Hal ini sesuai dengan penelitian oleh (Caffrey & Good, 2000), yang menyatakan bahwa kenyamanan dapat mempengaruhi proses penyembuhan pasien post operasi. Perasaan nyaman memfasilitasi munculnya respon sinergis, organisme, multidimensional dari keseluruhan orang ke arah penyembuhan dan keutuhan. Empat konteks kenyamanan, berdasarkan asuhan yang diberikan, berasal dari literatur keperawatan. Konteks fisiologis, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan. Empat konteks dibandingkan dengan tiga jenis dari kenyamanan, pembuatan struktur taksonomi (matriks) dan dari hal tersebut menjabarkan kompleksitas kenyamanan sebagai tujuan utamanya (Alligood & Tomey, 2010). Teori Kolcaba tentang *Comfort* ini menekankan konsep utama yaitu *Health care needs*, *Comfort*, *Comfort Intervention* dan *Intervening variables* (Zulkifli B. Pomalango, 2023).

a. *Health Care Needs*

Pada hal ini didefinisikan bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan perawatan yang tidak dapat diraih dengan sistem dukungan penerima secara tradisional (umum). Kebutuhan tersebut diantaranya fisiologis, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan. Keempat hal tersebut membutuhkan monitoring dengan observasi, laporan verbal dan non verbal, kebutuhan yang ada hubungannya dengan parameter patofisiologi, edukasi serta dukungan kebutuhan konseling finansial dan intervensi.

b. *Comfort*

Konsep dalam keperawatan dimana rasa nyaman didapatkan dari intervensi yang didapatkannya. Hal ini dapat memberikan kekuatan ketika klien

mebutuhkannya dan akan mendapat pengalaman yang holistik. Comfort memiliki 3 tipe yang didefinisikan sebagai berikut :

1) *Relief* (kelegaian)

Penelitian dari Orlando tentang kenyamanan mengemukakan bahwa perawat telah membantu meringkankan keperluan yang dibutuhkan klien.

2) *Ease* (ketentraman)

Penelitian dari Henderson tentang deskripsi 13 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan ketika memberikan asuhan.

3) *Transendence*

Penelitian dari Paterson dan Zdarad dimana perawat membantu pasien dalam menangani kesulitannya.

c. *Comfort Intervention*

Penerima jasa seperti fisiologis, sosial, finansial, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi fisik membutuhkan intervensi keperawatan yang didesain untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang lebih spesifik, hal ini juga dapat diartikan sebagai tindakan kenyamanan. Ada minimal 3 tipe intervensi comfort dalam kolcaba, diantaranya:

1) *Standart comfort intervention*

Merupakan teknik untuk mengukur suatu kenyamanan, dapat juga sebagai intervensi yang dapat mempertahankan homeostasis dan mengontrol nyeri seperti mengukur ttv, kimia darah juga termasuk untu mengobati nyeri. Tindakan ini dapat membantu mengembalikan kenyamanan dan fungsi fisik, dapat juga mencegah komplikasi.

2) *Coaching* (mengajarkan)

Merupakan teknik untuk menurunkan kecepamasan dengan memberikan informasi dan harapan serta mendengarkan dan membantu perencanaan pemulihan, dapat juga diaplikasikan untuk integrasi dalam menghadapi kematian dengan menyesuaikan budayanya. Perlu sebuah penjadwalan dalam kesiapan pasien untuk mengefektifkan teknik ini.

3) *Comfort food for the soul*

Merupakan teknik untuk menguatkan sesuatu yang tidak dapat dirasakan, terapi yang digunakan seperti pijatan, musik, mengenang dan lain-lain.

d. *Intervening Variables*

Variabel-variabel yang menginteraksi adalah interaksi yang mempengaruhi persepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya, variabelnya antara lain pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, support system, prognosis, financial atau ekonomi, dan keseluruhan elemen dalam pengalaman penerima.

F. **Tinjauan Ilmiah Artikel.**

Tabel 2.1
Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Massage Effleurage dan Aromatherapy <i>Peppermint</i> terhadap Intensitas Nyeri Pasien <i>Post Sectio caesarea</i> dengan Riwayat Eklampsia (Putri et al., 2023)	D: Quasi Experiment S: 30 Responden V: Massage Effleurage Dan Aromaterapi <i>Peppermint</i> I: Lembar Observasi (Nrs) A: Uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh effleurage massage dengan aromaterapi <i>peppermint</i> terhadap penurunan intensitas nyeri pasien <i>postoperasi SC</i> (eklampsia)
2	Perbedaan Efektivitas Terapi Musik Klasik Dan Aromaterapi <i>Peppermint</i> Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pada Ibu <i>Post Sectio caesarea</i> (Aprilian & Elsanti, 2020)	D: Quasi Experiment S: 44 Responden V: Terapi Musik Klasik Dan Aromaterapi <i>Peppermint</i> I: Lembar Observasi (NRS) A: Uji <i>Mann-Whitney</i>	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh perbedaan efektivitas terapi musik klasik dan aromaterapi <i>peppermint</i> selisih rata-rata antara terapi musik klasik sebesar 2,97 dan terapi aroma <i>peppermint</i> sebesar 3,34.

3	Efektivitas Slow Deep Breathing dengan Aroma Terapi <i>Peppermint</i> Terhadap Skala Nyeri Ibu <i>PostSectio caesarea</i> di RSUD Dr.Moewardi Surakarta (Yusri, 2020)	D:Quasi Experiment S: 50 Responden V: Slow Deep BreathingDan Aromaterapi <i>Peppermint</i> I: - A: Uji <i>Wilcoxon</i> Dan Uji <i>Mann Whitney Test</i> .	Hasil ini menunjukkan bahwa pemberian slow deep breathing dan aroma terapi peppermint sama-sama berpengaruh dan efektif terhadap penurunan skala nyeri ibu <i>postsectio caesarea</i> .
4	Aromatherapy <i>Peppermint</i> dapat Menurunkan Rasa Takut Terinfeksi Covid-19 pada Ibu Hamil (Septiana etal., 2023)	D: quasi experimentalS: 30 Responden V: Aromaterapi <i>Peppermint</i> I: kuisisioner untuk tingkat rasa takut yaitu FCV-19 Sataufear of Covid-19 Scale serta lembar observasi untuk SOP pemberian aromatherapy <i>peppermint</i> A: Uji <i>Paired Sampel T-test</i>	Hasil penelitian menunjukan bahwa ada pengaruh rasa takut terinfeksi Covid-19 pada ibu hamil sebelum dan sesudah dilakukan pemberian aromaterapi <i>peppermint</i> .