

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Sectio caesarea**

###### **a. Pengertian**

Sectio caesarea adalah prosedur melahirkan bayi dengan pembedahan dimana satu atau lebih bayi dilahirkan melalui sayatan di perut ibu, sering dilakukan karena persalinan pervaginam akan membahayakan bayi atau ibu (Fadhley. 2014). Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Hartanti, 2014)

###### **b. Jenis**

Menurut Wiknjosastro (2009), sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu :

###### **1) Sectio caesarea transperitonealis profunda**

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak , bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus

tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) Sectio caesarea klasik atau sectio caesarea corporal

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses sectio caesarea Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan sectio caesarea sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) Sectio caesarea ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi,

pembedahan sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

c. Indikasi

Menurut Oxorn (2010), indikasi sectio caesarea terbagi menjadi :

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.
- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; sectio caesarea, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan sectio caesarea.
- 3) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.
- 4) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- 5) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses funiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

d. Komplikasi

Komplikasi sectio caesarea menurut Jitowiyono (2010) yaitu :

1) Pada ibu

- a) Infeksi puerperal: Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.
- b) Perdarahan: Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri
- c) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi
- d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah sectio caesarea secara klasik.

2) Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan sectio caesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan sectio caesarea. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan

intranatal yang baik, kematian perinatal pasca sectio caesarea berkisar antara 4-7 %.

e. Prosedur

Profilaksis antibiotik digunakan sebelum sayatan. Rahim diiris, dan sayatan ini diperpanjang dengan tekanan tumpul sepanjang sumbu cephalad-caudad. Bayi dilahirkan, dan plasenta kemudian dikeluarkan. Ahli bedah kemudian membuat keputusan tentang eksteriorisasi uterus. Penutupan rahim satu lapis digunakan saat ibu tidak menginginkan kehamilan berikutnya. Ketika jaringan subkutan setebal 2 cm atau lebih, jahitan bedah digunakan. Praktik yang tidak dianjurkan termasuk pelebaran serviks manual, drainase subkutan apa pun, atau terapi oksigen tambahan dengan maksud untuk mencegah infeksi (Dahlke, et al .2013)

Seksio sesarea dapat dilakukan dengan penjahitan lapisan tunggal atau ganda pada insisi uterus. Penutupan lapisan tunggal dibandingkan dengan penutupan lapisan ganda telah diamati menghasilkan pengurangan kehilangan darah selama operasi. Tidak pasti apakah ini efek langsung dari teknik penjahitan atau jika faktor lain seperti jenis dan lokasi sayatan perut berkontribusi pada pengurangan kehilangan darah. Prosedur standar termasuk penutupan peritoneum. Penelitian mempertanyakan apakah ini diperlukan, dengan beberapa penelitian yang menunjukkan penutupan peritoneum dikaitkan dengan waktu operasi yang lebih

lama dan tinggal di rumah sakit (Dodd, et al 2014). Metode Misgave Ladach adalah teknik pembedahan yang mungkin memiliki lebih sedikit komplikasi sekunder dan penyembuhan lebih cepat, karena penyisipan ke dalam otot (Bamigboye, et al 2014)

## 2. Spinal anestesi

### a. Pengertian

Spinal anestesi block, juga disebut blok spinal, blok subarachnoid, blok intradural, dan blok intratekal, adalah bentuk anestesi regional neuraksial yang melibatkan injeksi anestesi lokal atau opioid ke dalam ruang subarachnoid, umumnya melalui lubang kecil. jarum, biasanya panjangnya 9 cm (3,5 inci). Ini adalah bentuk anestesi yang aman dan efektif yang dilakukan oleh ahli anestesi, asisten ahli anestesi bersertifikat, dan perawat anestesi yang dapat digunakan sebagai alternatif anestesi umum pada operasi yang melibatkan ekstremitas bawah dan operasi di bawah umbilikus. (Bronwen & Kathleen. 2011)

Anestesi lokal dengan atau tanpa opioid yang disuntikkan ke dalam cairan serebrospinal memberikan anestesi lokoregional: analgesia sejati, blokade motorik, sensorik, dan otonom (simpatis). Pemberian analgesik (opioid, alpha2-adrenoreceptor agonis) dalam cairan serebrospinal tanpa anestesi lokal menghasilkan analgesia lokoregional: sensasi nyeri yang sangat berkurang (incomplete

analgesia), beberapa blokade otonom (parasympathetic plex), tetapi tidak ada blok sensorik atau motorik. ( Serpell, et al. 2002)

b. Indikasi

Spinal anestesi block adalah teknik yang umum digunakan, baik sendiri atau dalam kombinasi dengan sedasi atau anestesi umum. Hal ini paling sering digunakan untuk operasi di bawah umbilikus, namun baru-baru ini penggunaannya telah meluas ke beberapa operasi di atas umbilikus serta untuk analgesia pasca operasi. Prosedur yang menggunakan spinal anestesi block meliputi:

- 1) Operasi ortopedi pada panggul, pinggul, tulang paha, lutut, tibia, dan pergelangan kaki, termasuk artroplasti dan penggantian sendi
- 2) Operasi pembuluh darah di kaki
- 3) Perbaikan aneurisma aorta endovaskular
- 4) Hernia (inguinal atau epigastrium)
- 5) Hemoroidektomi
- 6) Nefrektomi dan kistektomi dalam kombinasi dengan anestesi umum
- 7) Reseksi transurethral dari prostat dan reseksi transurethral dari tumor kandung kemih
- 8) Histerektomi dalam berbagai teknik yang digunakan
- 9) operasi caesar
- 10) Manajemen nyeri selama kelahiran dan persalinan pervaginam

11) kasus urologi

12) Pemeriksaan di bawah anestesi

Spinal anestesi block adalah teknik pilihan untuk operasi caesar karena menghindari anestesi umum dan risiko kegagalan intubasi (yang mungkin jauh lebih rendah daripada yang dikutip secara luas 1 dari 250 pada wanita hamil . Ini juga berarti ibu sadar dan pasangan bisa hadir saat kelahiran anak (Rucklidge . 2012).)

Spina anestesi 1 block adalah alternatif yang menguntungkan, ketika lokasi pembedahan dapat menerima blokade tulang belakang, untuk responden dengan penyakit pernapasan berat seperti PPOK karena menghindari potensi konsekuensi pernapasan dari intubasi dan ventilasi. Mungkin juga berguna, ketika tempat pembedahan dapat menerima blokade tulang belakang, pada responden di mana kelainan anatomi dapat membuat intubasi trakea menjadi sangat sulit.

Pada responden anak-anak spinal anestesi block sangat berguna pada anak-anak dengan saluran udara yang sulit dan mereka yang merupakan kandidat yang buruk untuk anestesi endotrakeal seperti peningkatan risiko pernapasan atau adanya perut penuh (Hannu. 2011)

Ini juga dapat digunakan untuk secara efektif mengobati dan mencegah rasa sakit setelah operasi, terutama prosedur ortopedi toraks, panggul perut, dan ekstremitas bawah (Cwik. 2012)



c. Resiko dan komplikasi

Komplikasi anestesi spinal block dapat terjadi akibat efek fisiologis pada sistem saraf dan juga dapat berhubungan dengan teknik penempatan. Sebagian besar efek samping yang umum adalah kecil dan sembuh sendiri atau mudah diobati sementara komplikasi besar dapat mengakibatkan kerusakan neurologis yang lebih serius dan permanen dan jarang kematian. Gejala-gejala ini dapat terjadi segera setelah pemberian anestesi atau muncul hingga 48 jam setelah operasi. Komplikasi umum dan kecil meliputi (Cwik, 2012) :

- 1) Hipotensi ringan
- 2) Bradikardia
- 3) Mual dan muntah
- 4) Gejala neurologis sementara (nyeri punggung bawah dengan nyeri di kaki)
- 5) Sakit kepala pasca tusukan dura atau sakit kepala pasca tusukan tulang belakang

Komplikasi serius dan permanen jarang terjadi tetapi biasanya berhubungan dengan efek fisiologis pada sistem kardiovaskular dan sistem saraf atau ketika injeksi tidak disengaja di tempat yang salah. Berikut ini adalah beberapa komplikasi utama:

- 1) Cedera saraf: sindrom Cauda equina, radikulopati
- 2) Gagal jantung
- 3) Hipotensi berat

- 4) Hematoma epidural tulang belakang, dengan atau tanpa gejala sisa neurologis akibat kompresi saraf tulang belakang.
  - 5) Abses epidural
  - 6) Infeksi (misalnya meningitis)
- d. Teknik pelaksanaan spinal anestesi

Terlepas dari agen anestesi (obat) yang digunakan, efek yang diinginkan adalah memblokir transmisi sinyal saraf aferen dari nosiseptor perifer. Sinyal sensorik dari situs diblokir, sehingga menghilangkan rasa sakit. Tingkat blokade saraf tergantung pada jumlah dan konsentrasi anestesi lokal yang digunakan dan sifat akson. Serat C tipis yang tidak bermielin yang berhubungan dengan nyeri diblokir terlebih dahulu, sementara neuron motorik A-alpha yang tebal dan bermielin berat diblokir secara moderat. Serabut simpatis praganglion kecil yang bermielin berat diblokir terakhir. Hasil yang diinginkan adalah mati rasa total pada area tersebut. Sensasi tekanan diperbolehkan dan sering terjadi karena blokade lengkap dari mekanoreseptor A-beta yang lebih tebal. Hal ini memungkinkan prosedur pembedahan dilakukan tanpa sensasi nyeri pada orang yang menjalani prosedur.

Beberapa obat penenang kadang-kadang diberikan untuk membantu responden rileks dan melewati waktu selama prosedur, tetapi dengan anestesi spinal yang berhasil, operasi dapat dilakukan dengan responden terjaga.

Pada spinal anestesi block, jarum ditempatkan melewati duramater di ruang subarachnoid dan di antara vertebra lumbalis. Untuk mencapai ruang ini, jarum harus menembus beberapa lapisan jaringan dan ligamen yang meliputi ligamen supraspinosa, ligamen interspinosa, dan ligamen flavum. Karena sumsum tulang belakang (conus medullaris) biasanya pada tingkat L1 atau L2 tulang belakang, jarum harus dimasukkan di bawah ini antara ruang L3 dan L4 atau ruang L4 dan L5 untuk menghindari cedera pada sumsum tulang belakang.

Penempatan responden sangat penting untuk keberhasilan prosedur dan dapat mempengaruhi penyebaran anestesi setelah pemberian. Ada 3 posisi berbeda yang digunakan: duduk, dekubitus lateral, dan tengkurap. Posisi duduk dan dekubitus lateral adalah yang paling umum.

Duduk- Responden duduk tegak di tepi meja pemeriksaan dengan punggung menghadap penyedia dan kaki mereka menggantung di ujung meja dan kaki bertumpu pada bangku. Responden harus memutar bahu dan punggung atas ke depan.

Dekubitus lateral- Dalam posisi ini, responden berbaring miring dengan punggung di tepi tempat tidur dan menghadap penyedia. Responden harus meringkuk bahu dan kaki mereka dan melengkungkan punggung bawah mereka.

Prone- Responden diposisikan menghadap ke bawah dan punggung menghadap ke atas dalam posisi pisau lipat.

Spinal anestesi biasanya terbatas pada prosedur yang melibatkan sebagian besar struktur di bawah perut bagian atas. Pemberian anestesi spinal ke tingkat yang lebih tinggi dapat mempengaruhi kemampuan bernapas dengan melumpuhkan otot-otot pernapasan interkostal, atau bahkan diafragma dalam kasus-kasus ekstrem (disebut "tulang belakang tinggi", atau "tulang belakang total", yang menyebabkan hilangnya kesadaran), serta kemampuan tubuh untuk mengontrol detak jantung melalui serabut akselerator jantung. Juga, suntikan anestesi spinal lebih tinggi dari tingkat L1 dapat menyebabkan kerusakan pada sumsum tulang belakang, dan karena itu biasanya tidak dilakukan.

e. Status fisik pre anestesi

*American Society of Anesthesiologist (ASA)* membagi menjadi beberapa klasifikasi status fisik pra anestesi :

- 1) ASA 1: pasien normal atau sehat.
- 2) ASA 2: pasien dengan penyakit sistemik ringan sampai sedang, baik karena penyakit bedah maupun penyakit lain.
- 3) ASA 3: pasien dengan penyakit sistemik berat yang belum mengancam jiwa.
- 4) ASA 4: pasien dengan penyakit sistemik berat yang secara langsung mengancam jiwa.

- 5) ASA 5: pasien tak diharapkan hidup dengan atau tanpa operasi diperkirakan meninggal dalam 24 jam.
- 6) ASA E: klarifikasi ASA juga dipakai pada pembedahan darurat dengan mencantumkan tanda darurat (E= *Emergency*).

### 3. Nyeri

#### a. Pengertian

Nyeri merupakan keadaan ketidaknyamanan dari sensasi yang bersifat sangat subyektif sehingga berbeda antara individu (Kozier, 2010)

#### b. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Nursalam 2015 adalah sebagai berikut :

##### 1) Toleransi individu terhadap nyeri

Toleransi nyeri adalah toleransi seseorang yang berhubungan dengan intensitas nyeri dimana individu dapat merespons nyeri lebih baik atau sebaliknya.

##### 2) Ambang nyeri

Ambang nyeri adalah intensitas rangsang terkecil yang akan menimbulkan rangsang nyeri, suatu batas kemampuan seseorang untuk mau beradaptasi serta berespons terhadap nyeri.

##### 3) Pengalaman lampau

Pengalaman sebelumnya dapat mengubah sensasi terhadap nyeri.

## 4) Lingkungan

Lingkungan yang ramai, dingin, panas, lembap meningkatkan intensitas nyeri individu

## 5) Usia

Makin dewasa seseorang maka semakin dapat mentoleransi nyeri

## 6) Kebudayaan

Norma/aturan dapat menumbuhkan perilaku seseorang dalam memandang dan berasumsi terhadap nyeri yang dirasakan

## 7) Kepercayaan

Ada keyakinan yang memandang bahwa nyeri merupakan suatu penyucian atau pemberisahan dan hukuman atas dosa mereka terhadap Tuhan.

## 8) Kecemasan dan stress

Keadaan individu yang cemas dan stress dapat menghambat keluarnya endokrin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri.

## c. Teori transmisi nyeri

## 1) Gate control theory

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1982) dalam Potter & Perry, 2017, menyatakan nyeri dipengaruhi oleh faktor fisiologis, dan psikologis seperti respon perilaku dan emosional yang mempengaruhi persepsi nyeri. Mekanisme *gate control* terjadi di *spinal cord*. Impuls nyeri somatic dari perifer tubuh

dihantarkan oleh serabut delta A dan impuls nyeri visceral dihantar oleh serabut C. Impuls nyeri berjalan ke dorsal horn di spinal cord yaitu diarea yang disebut subtansia gelatinosa. Sel pada subtansia gelatinosa dapat menghantarkan impuls nyeri yang ditransmisikan ke sel trigger. Ketika aktifitas sel trigger dihambat gerbang tertutup dan impuls yang ditransmisikan ke otak berkurang atau sedikit. Ketika gerbang terbuka impuls nyeri akan mencapai otak yang akan dipersepsikan sebagai nyeri. Tranmisi impuls nyeri dapat mencapai tingkat kesadaran dapat dipengaruhi atau dicapai melalui tiga jalur utama, yaitu :

a) Aktifitas serabut sensori.

Gerbangkan terbuka dengan adanya perangsang serabut C yang membawa impuls nyeri visceral. Sinyal nyeri akan di blok dengan stimulasi serabut sensasi yang berdiameter luas dan lebih cepat menghantar impuls (serabut delta A). serabut delta A banyak terdapat di kulit, sehingga dengan stimulasi kulit nyeri akan berkurang atau hilang.

b) Proyek dari formasi retikuler dibatang otak.

System formasi retikuler ini mengatur sinyal-sinyal yang keluar masuk, termasuk stimulasi sensor. Bila sejumlah stimulasi sensor seperti teknik distraksi masuk, maka mengakibatkan system retikuler memproyeksikan

sinyal stimulasi ini kegerbang, sehingga bila sejumlah sinyal mencapai gerbang maka formasi retikuler dapat menutup gerbang, akhirnya impuls nyeri yang datang belakang terhambat dan tidak mencapai pusat kesadaran (*Cortical Awareness*).

c) Proyek dari *cortex cerebri* dan thalamus.

Mekanisme gerbang juga terdapat diserabut saraf descending dari thalamus dan *cortex cerebri*. Area ini mengatur pikiran dan emosi seseorang, termasuk juga kepercayaan dan nilai-nilai yang dimiliki seseorang. Ketika mengalami nyeri pikiran dan emosi seseorang dapat mempengaruhi apakah impuls nyeri mencapai batas kesadarannya atau tidak.

2) *Specifity theory* (teori pemisahan)

Pada teori ini otak mempunyai pengaruh terhadap reseptor taktil di kulit, sehingga impuls yang masuk ke tubuh akan diterima oleh reseptor tertentu dan direspon. Untuk melaksanakan tugas ini, dikumpulkan informasi sensorik dari seluruh tubuh, dari bermacam-macam ujung saraf khusus tubuh diantaranya di kulit, meneruskan asupan ini melalui saraf ke medulla spinalis dan otak .



### 3) *Pattern Theory* (Teori Pola)

Dalam teori ini, nyeri terjadi karena efek koordinasi, intensitas stimulus dan jumlah impuls pada dorsal ujung dari sumsum tulang belakang tidak termasuk aspek fisiologis.

#### d. Klasifikasi nyeri

##### 1) Berdasarkan etiologi.

- a) Nyeri fisiologis adalah nyeri yang timbul adanya kerusakan organ tubuh.
- b) Nyeri psikologis adalah nyeri yang penyebab fisiologisnya tidak teridentifikasi.

##### 2) Berdasarkan serangannya.

- a) Nyeri akut, merupakan nyeri yang bersifat sementara, mendadak, area nyeri teridentifikasi, gejala nyeri berkeringat, pucat, peningkatan tekanan darah, peningkatan nadi, peningkatan pernafasan, dan cemas, semua itu merupakan manifestasi dari adanya penyakit atau kerusakan.
- b) Nyeri kronis, merupakan nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan, lokasi nyeri tidak teridentifikasi, sulit dihilangkan, dan tidak ada perubahan pada tanda-tanda vital tubuh. Ini merupakan manifestasi adanya penyakit kronis.

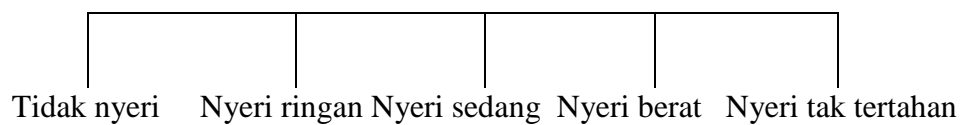
- 3) Berdasarkan lokasi serangannya.
- a) Nyeri somatic terbagi menjadi dua jenis, yaitu nyeri superficial yang merupakan nyeri akibat kerusakan jaringan kulit dan nyeri *deep somatic*, merupakan nyeri yang ditimbulkan karena kerusakan di dalam ligament dan tulang.
  - b) Nyeri visceral, merupakan nyeri yang timbul akibat adanya gangguan pada organ bagian misalnya pada abdomen, kranium, dan thorak.
  - c) Nyeri alih, nyeri yang menjalar dan terasa pada lokasi lain dari pada lokasi yang sebenarnya yang terkena serangan. Bisa terjadi bila stimulasi tidak terasa pada daerah yang primer.
  - d) Nyeri phantom, merupakan nyeri yang dirasakan oleh individu pada salah satu ekstremitas yang telah diamputasi.
  - e) Nyeri fisiologis, merupakan nyeri dalam system neurologis yang timbul dalam berbagai bentuk seperti neuralgia
- e. Skala pengukuran nyeri

Skala yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri antara lain :

1) *Verbal descriptor scale*

Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama

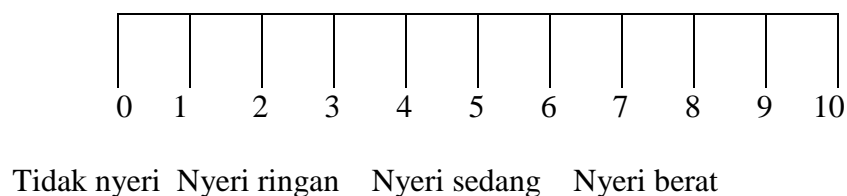
disepanjang garis. Skala deskriptif merupakan alat pengukur tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif.



Gambar 1. *Verbal Descriptor Scale*

### 2) *Numerical rating scale*

Menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 2. *Numerical Rating Scale*

### 3) *Visual analog scale*

Merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya.



Gambar 3. *Visual Analog Scale*

### 4) *Oucher*

Sebuah skala dengan nilai 0-100 untuk anak yang lebih besar dan skala fotografik enam gambar untuk anak yang lebih kecil.

#### 5) Skala *wajah*

Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri) kemuian secara bertahap meningkat menjadi wajah yang kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat).

#### 4. Hipnosis lima jari

##### a. Defenisi

Hipnosis lima jari adalah tehnik distraksi dan relaksasi yang dengan metode self hipnosis yang dapat menimbulkan efek relaksasi yang tinggi. Hipnosis lima jari mempengaruhi system limbik seseorang sehingga berpengaruh pada pengeluaran hormone-hormone yang menyebabkan relaksasi dan menghambat rasa nyeri (Keliat, 2016). Hipnosis lima jari adalah suatu teknik distraksi pemikiran diri dengan menghipnosis diri sendiri (*self hipnosis*)(Windayanti, 2013)

##### b. Tujuan

Adapun tujuan dari relaksasi lima jari ini yaitu :

- 1) Mengurangi Anxiety
- 2) Memberikan relaksasi
- 3) Melancarkan sirkulasi darah
- 4) Merelaksasikan otot-otot tubuh

Penggunaan hipnosis lima jari adalah seni komunikasi verbal yang bertujuan membawa gelombang pikiran klien menuju trance (gelombang alpha/theta). Dikenal juga dengan menghipnosis diri yang bertujuan untuk pemograman diri, menghilangkan kecemasan dengan melibatkan saraf parasimpatis dan akan menurunkan peningkatan kerja jantung, pernafasan, tekanan darah, kelenjar keringat, dan mengurangi rasa nyeri dll (Barbara, 2010).

c. Indikasi

Indikasi dari terapi ini adalah bagi klien dengan cemas, nyeri ataupun ketegangan yang membutuhkan relaks.

d. Kontra Indikasi

Kontra indikasi dari terapi ini yaitu klien dengan depresi berat, klien dengan gangguan jiwa.

e. Manfaat

Hipnosis lima jari bermanfaat dalam menciptakan rasa nyaman pada pasien karena dalam imajinasi terbimbing maka akan membentuk bayangan yang akan diterima sebagai rangsangan oleh berbagai indra maka dengan membayangkan sesuatu yang indah perasaan akan merasa tenang. Ketegangan otot dan ketidaknyamanan akan dikeluarkan sehingga menyebabkan tubuh menjadi rileks dan nyaman (Windayanti, 2013).

f. Langkah-langkah hipnosis lima jari

Langkah-langkah dari hipnosis lima jari adalah sebagai berikut:

1) Langkah 1 :

Satukan ujung ibu jari dengan jari telunjuk, ingat kembali saat anda sehat. Anda bisa melakukan apa saja yang anda inginkan.

2) Langkah 2 :

Satukan ujung ibu jari dengan jari tengah, ingat kembali momen-momen indah ketika anda bersama dengan orang yang anda cintai. (orang tua/suami/istri/ataupun penting). seseorang yang dianggap

3) Langkah 3 :

Satukan ujung ibu jari dengan jari manis, ingat kembali ketika anda mendapatkan penghargaan atas usaha keras yang telah anda lakukan.

4) Langkah 4 :

Satukan ujung ibu jari dengan jari kelingking, ingat kembali saat anda berada di suatu tempat terindah dan nyaman yang pernah anda kunjungi. Luangkan waktu anda untuk mengingat kembali saat indah dan menyenangkan itu (Gusnita 2018).

g. Pengaruh hipnosis lima jari

Hipnosis lima jari adalah tehnik distraksi dan relaksasi yang dengan metode self hipnosis yang dapat menimbulkan efek relaksasi yang tinggi. Hipnosis lima jari mempengaruhi system limbik seseorang sehingga berpengaruh pada pengeluaran hormone-hormone yang menyebabkan relaksasi dan menghambat rasa nyeri (Keliat, 2016).

Menurut sebuah penelitian oleh Widyanti (2013), salah satu contoh *self hipnosis* yang dapat dilakukan adalah hipnosis lima jari. Yang merupakan bagian dari reduksi stress hipnosis diri sendiri. Teknik hipnosis lima jari ini adalah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dengan menggerakkan tubuh untuk menyembuhkan diri dan memelihara kesehatan atau rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra meliputi sentuhan, penciuman, penglihatan, pendengaran. Hipnosis lima jari mampu menurunkan tingkat nyeri pada pasien post sectio caesarea (Erwina, dkk. 2017). Hipnosis lima jari adalah upaya pengalihan perhatian yang dapat menurunkan nadi, tekanan darah dan pernafasan, adanya penurunan ketegangan otot dan kecepatan metabolisme serta ada perasaan damai, sejahtera dan santai (Rizki, dkk. 2019).

*Self hipnosis* telah digunakan dalam perawatan bersalin selama beberapa tahun dengan studi kasus menyoroti manfaatnya sebagai analgesik sejak akhir abad kesembilan belas (Garthus, et al. 2014).

Self hipnosis dapat menjadi aspek terapeutik lain yang berguna untuk mengurangi rasa nyeri (Peter, et al. 2018). *Self hipnosis* dapat memberikan efek pereda nyeri yang berarti bagi kebanyakan orang dan oleh karena itu dapat menjadi alternatif yang efektif dan aman untuk intervensi non farmakologis pereda nyeri (Trevor, et al. 2019)

h. Satuan prosedur oprasional hipnosis lima jari

Satuan prosedur oprasional hipnosis lima jari berdasarkan SOP PSIK Universitas Jember

1) Persiapan Alat

- a) Persiapan alat berupa tape recorder atau semacamnya yang bisa digunakan untuk memutar musik relaksasi.
- b) Modifikasi lingkungan nyaman mungkin bagi klien termasuk pengontrolan suasana ruangan agar jauh terhindar dari kebisingan saat mempraktekkan teknik relaksasi lima jari.

2) Persiapan Responden

- a) Kontrak waktu, topik dan tempat dengan klien
- b) Pasien diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan
- c) Jaga privacy pasien d. posisi pasien diatur sesuai kebutuhan

3) Cara Kerja

- a) Anjurkan klien untuk mengatur posisi nyaman mungkin

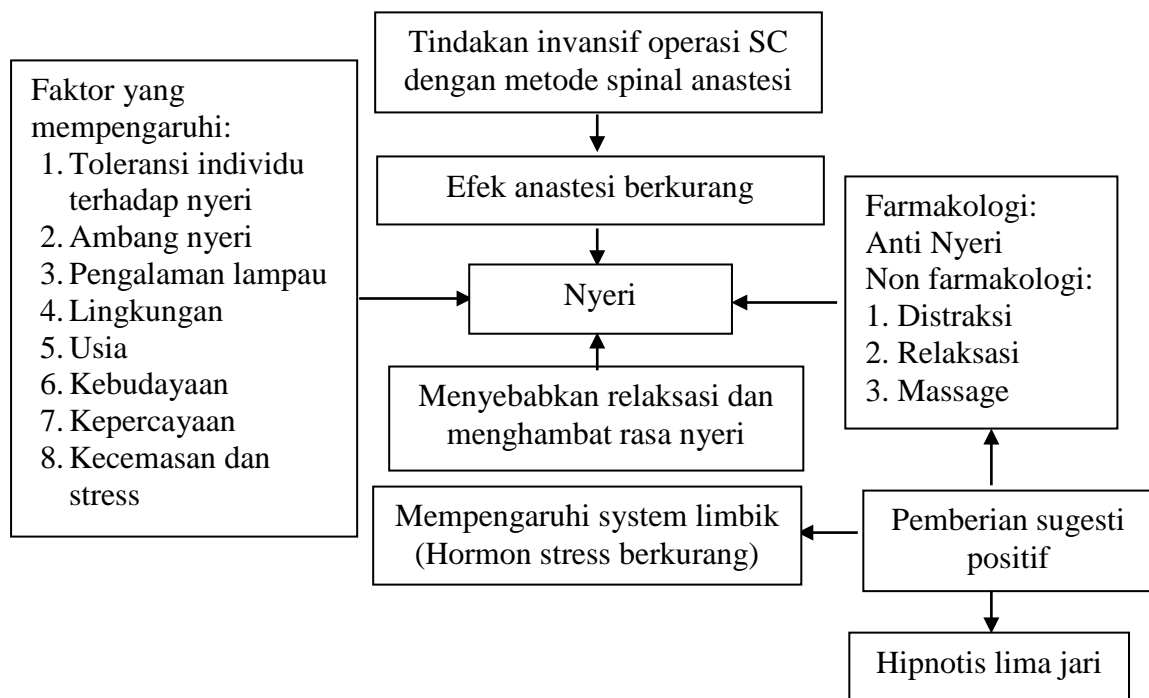


- b) Mainkan musik relaksasi. 3. Instruksikan klien melakukan relaksasi nafas dalam terlebih dahulu (kurang lebih satu menit saja) dengan menutup mata.
- c) Tuntun klien melakukan relaksasi lima jari dengan kalimat berikut (langkah 4-13).
- d) Bayangkan bahwa anda berada di suatu tempat yang paling indah yang pernah anda kunjungi (sambil menyentuh ibu jari dan jari telunjuk).
- e) Rasakan suasana dan udara yang ada di tempat tersebut, nikmati keindahannya, dengarkan kicauan burung-burung yang bernyanyi riang, ucapkan dalam hati “betapa merdunya.... betapa indahnya.... betapa mengasyikkannya... berada di tempat ini”.
- f) Bayangkan bahwa di tempat itu orang-orang yang anda cintai berada di samping anda (sambil menyentuhkan ujung jari tengah ke ujung ibu jari).
- g) Nikmati kebahagiaan yang anda rasakan, ucapkan dalam hati “betapa bahagianya saya saat ini”
- h) Bayangkan bahwa orang yang anda cintai tersebut memberikan pujian yang paling indah untuk anda (sambil menyentuhkan ujung jari manis ke ujung ibu jari).

- i) Rasakan betapa bahagianya anda, nikmati kebahagiaan itu sambil tersenyum. Katakan lagi dalam hati “betapa bahagianya saya saat ini”.
- j) Bayangkan bahwa orang yang anda cintai juga memberikan hadiah yang anda damba-dambakan selama ini (sambil menyentuhkan ujung jari kelingking dengan ujung ibu jari).
- k) Rasakan betapa bahagianya anda saat ini... dan ucapkan lagi dalam hati sambil tersenyum “saya semakin bahagia...saya sangat bahagia”
- l) Baiklah, saya akan memberikan anda waktu untuk beristirahat dan terus menikmati kebahagiaan, ketengan dan kenyamanan tersebut selama 5 menit (tunggu sampai 5 menit).
- m) Bagus sekali, kini anda benar-benar telah menikmati suasana rileks, nyaman, tenang dan penuh kebahagiaan. Saatnya anda bangun dalam kondisi yang sangat segar. Saya akan menghitung maju dari 1-. Pada hitungan ketiga, anda akan terbangun dalam kondisi yang sangat segar, lebih segar dari sebelumnya. Satu...dua...lebih segar dari sebelumnya...tiga... bangun dan buka mata anda.
- n) Bila klien ingin melanjutkan untuk tidur, biarkan klien beristirahat sampai klien memutuskan sendiri untuk terbangun.

- o) Matikan tape recorder
  - p) Tanyakan perasaan klien setelah melakukan relaksasi lima jari.
  - q) Dokumentasikan hasil intervensi pada catatan keperawatan klien.
- 4) Hal yang perlu di perhatikan
- a) Gunakan komunikasi yang terapeutik
  - b) Bekerja dengan hati-hati dan sopan dan asertif
  - c) Tidak ragu dan tergesa-gesa
  - d) Perhatikan respon klien

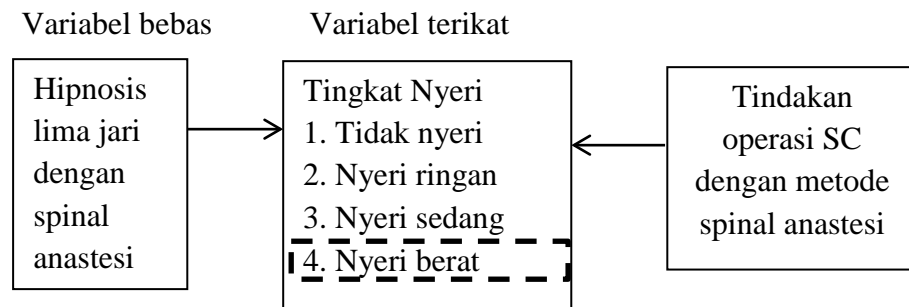
## B. Kerangka Teori



Gambar 4. Kerangka teori

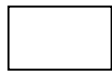
Sumber: (Nursalam, 2015), (Keliat, 2010). (Potter & Perry, 2011), (Trevor , et al. 2019) (Peter et al. 2018). (Erwina, dkk. 2017)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 5. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

### D. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh hipnosis lima jari terhadap nyeri pada pasien post SC dengan spinal anastesi di RSUD dr Mohammad Soewandhie Surabaya