

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Masalah Utama

1. Konsep Ansietas

a. Pengertian Ansietas

Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan. Hal ini dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru (Stuart, 2022). Kondisi-kondisi psikologis seperti cemas dan stress ini bisa berlanjut pada ibu setelah melahirkan, yang mana kondisi ini sebagai bentuk pengembangan reaksi-reaksi ketakutan yang dirasakan sejak hamil sampai masa persalinan (Nursalam, 2014).

b. Etiologi Ansietas

Menurut Imelisa (2020) stressor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal dan stressor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua jenis yaitu:

- 1) Ancaman pada integritas diri seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan terjadi atau menurunkan kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Pada ancaman ini, stressor yang berasal dari sumber eksternal adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan fisik. Sedangkan yang menjadi sumber internalnya adalah kegagalan mekanisme fisiologis tubuh.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang. Ancaman yang berasal dari sumber eksternal yaitu kehilangan orang yang berarti dan ancaman yang berasal dari sumber internal berupa gangguan hubungan interpersonal dirumah, tempat kerja, atau menerima peran baru.

c. Tanda Dan Gejala Ansietas

Menurut Maryam (2019) Beberapa tanda dan gejala yang muncul pada seseorang yang mengalami cemas bisa terjadi pada perubahan fisik, mental, emosi, dan perilaku. Tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

1) Fisik

Tanda fisik yang muncul akibat stres antara lain cemas, panik, adanya tekanan, terburu-buru, lelah, insomnia, nyeri kepala, berdebar – debar, nyeri dada, nafas pendek, ekstremitas dingin, wajah terasa panas, berkeringat, flu, otot kaku dan tegang terutama bagian leher, bahu, dan punggung bawah.

2) Mental

Tanda dan gejala yang sering muncul antara lain berkurangnya konsentrasi dan daya ingat, ragu – ragu, bingung, pikiran penuh dan kosong.

3) Emosi

Tanda dan gejala yang sering muncul seperti cemas, depresi, putus asa, mudah marah, ketakutan, frustrasi, menangis tiba-tiba, phobia, rendah diri, merasa tak berdaya, menarik diri dari pergaulan, dan menghindari beberapa kegiatan.

4) Perilaku

Tanda dan gejala yang sering muncul adalah mondar mandir, gelisah, menggigit kuku jari, perubahan pola makan, merokok, minum-minuman keras, berteriak, mengumpat bahkan melempar barang, memukul, menggigit kuku dan menggosok-gosok tangan, menggaruk-garuk kepala.

d. Tingkat Ansietas

Menurut (Stuart, 2022) ada 4 tingkatan kecemasan yaitu:

1) Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan

area persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan beraktivitas.

2) Kecemasan Sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3) Kecemasan Berat

Sangat mengurangi area persepsi seseorang, seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada sesuatu yang lain.

4) Kecemasan Panik

Berhubungan dengan pengaruh teror dan ketakutan, pikiran terpecah. Karena mengalami kehilangan kendali orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Bila panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran rasional.

e. Ansietas pada *pre sectio caesarea*

Proses persalinan merupakan peristiwa yang melelahkan sekaligus beresiko. Tidak mengherankan calon ibu yang akan melahirkan diselimuti perasaan takut, panik, dan gugup (Isnaniar, 2020). Tindakan *pre* operasi merupakan suatu stresor bagi pasien yang dapat membangkitkan reaksi stres baik fisiologis maupun psikologis. Respon psikologis bisa merupakan kecemasan. Persiapan fisik dan mental sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya penurunan ketakutan dan kecemasan serta memperbaiki coping individu menghadapi operasi (Girsang, 2019). Menurut Maryunani (2015) pada

dengan yang lainnya. Koping maladaptive mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

g. Faktor Yang Menyebabkan Ansietas *Pre Sectio Caesarea*

Menurut Tamala (2020) ada beberapa faktor yang menyebabkan ansietas sebelum melahirkan di antaranya :

1) Umur

Umur <20 tahun organ reproduksi wanita belum lengkap dan perkembangan psikologis belum sempurna sehingga ketidaksiapan untuk mengalami kehamilan, menghadapi proses persalinan dan menjadi seorang ibu sehingga selama usia ini ibu lebih mungkin mengalami persalinan *sectio caesarea*, meski tidak diindikasikan dengan penurunan kekhawatiran keselamatan janin pada kandungannya.

2) Pendidikan

Ibu hamil dengan latar belakang pendidikan tinggi cenderung mengalami tingkat kecemasan lebih rendah dibandingkan ibu hamil dengan latar belakang pendidikan rendah.

3) Paritas

Ibu Primigravida memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi dibandingkan ibu multigravida. Belum mempunyai Pengalaman bersalin sebelumnya dapat meningkatkan kecemasan dalam menjalani persalinan, dalam penelitian 1.400 ibu di Finlandia menunjukkan bahwa ibu Primigravida cenderung mengalami kecemasan menjelang persalinan.

4) Lingkungan dan Situasi

Individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan dilingkungan yang sudah dikenalnya. Tindakan persalinan *sectio caesarea* dilakukan di rumah sakit, bagi sebagian orang beranggapan bahwa rumah sakit

merupakan tempat yang asing, dan dengan orang-orang yang asing. Keadaan tersebut dapat membingungkan bagi orang yang belum terbiasa, maka seseorang sering mengalami kecemasan.

5) Pendapatan

Pendapatan berupa uang yang mempengaruhi daya beli seseorang untuk membeli sesuatu. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kuantitas maupun kualitas kesehatan sehingga ada hubungan yang erat antara pendapatan seseorang yang baik tidak menjamin suatu kondisi yang selalu dapat menunjang semua kebutuhan bagi keadaan kesehatan seseorang menjadi memadai atau tercukupi.

6) Dukungan Suami

Dukungan dari suami akan menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil, tambahan studi menunjukkan bahwa ibu yang mendapatkan dukungan dari suami dan keluarga memiliki tingkat kecemasan lebih rendah dibandingkan ibu yang tidak mendapatkan dukungan.

h. Tanda Dan Gejala Ansietas

Menurut Maryam (2019) Beberapa tanda dan gejala yang muncul pada seseorang yang mengalami cemas bisa terjadi pada perubahan fisik, mental, emosi, dan perilaku. Tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

1) Fisik

Tanda fisik yang muncul akibat stres antara lain cemas, panik, adanya tekanan, terburu-buru, lelah, insomnia, nyeri kepala, berdebar – debar, nyeri dada, nafas pendek, ekstremitas dingin, wajah terasa panas, berkeringat, flu, otot kaku dan tegang terutama bagian leher, bahu, dan punggung bawah.

2) Mental

Tanda dan gejala yang sering muncul antara lain berkurangnya

konsentrasi dan daya ingat, ragu – ragu, bingung, pikiran penuh dan kosong.

3) Emosi

Tanda dan gejala yang sering muncul seperti cemas, depresi, putus asa, mudah marah, ketakutan, frustrasi, menangis tiba-tiba, phobia, rendah diri, merasa tak berdaya, menarik diri dari pergaulan, dan menghindari beberapa kegiatan.

4) Perilaku

Tanda dan gejala yang sering muncul adalah mondar mandir, gelisah, menggigit kuku jari, perubahan pola makan, merokok, minum–minuman keras, berteriak, mengumpat bahkan melempar barang, memukul, menggigit kuku dan menggosok-gosok tangan, menggaruk-garuk kepala.

i. Penatalaksanaan Ansietas

Mengingat dampak kecemasan pada pasien operasi/pembedahan dapat mengganggu pelaksanaan operasi dan anestesi, maka perlu dilakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Berdasarkan PPNI (2018) dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), menyatakan penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas yaitu salah satunya dengan melakukan reduksi ansietas, sedangkan untuk tindakan mandiri perawat dapat menggunakan terapi non farmakologis. Upaya yang dapat dilakukan untuk meredakan ansietas atau kecemasan terbagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis.

Terapi farmakologis merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan, sedangkan terapi non farmakologis merupakan terapi tanpa menggunakan obat-obatan. Beberapa jenis terapi non farmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan adalah terapi musik, distraksi, aromaterapi, hipnotis, meditasi, dan relaksasi. Salah satu dari terapi nonfarmakologis yang dapat digunakan adalah terapi musik. Terapi musik ini merupakan teknik yang bisa

menghantarkan stimulus relaksasi dalam tubuh, dengan demikian perawat dapat melakukan terapi musik untuk menurunkan tingkat kecemasan dengan terapi musik. Terapi musik mempunyai tujuan untuk membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi serta mengurangi tingkat kecemasan pada pasien. (Mulfiroh, 2018).

j. Pengukuran Ansietas

Persepsi kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat pengukur kecemasan berupa skala kecemasan, contohnya skala *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) yang dikembangkan oleh Zung dan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) yang dikemukakan Hamilton. Menurut (Swarjana, 2022) cara pengukuran kecemasan sebagai berikut:

1) *Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS)

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K, Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah; 2: kadang-kadang; 3: sebagian waktu; 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*).

2) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A)

Skala yang dikembangkan untuk mengukur tanda kecemasan dan telah digunakan secara luas diklinik dan berbagai penelitian tentang kecemasan. Skala ini terdiri atas 14 item. Tiap-tiap item dinilai dengan skala 0-4 (0 = tidak cemas, 1 = cemas ringan, 2 = cemas sedang, 3 = cemas berat, 4 = cemas sangat berat) dengan nilai total 0- 56. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut: nilai ≤ 17 kecemasan ringan, nilai 18-30 kecemasan sedang, ≥ 30 kecemasan

berat (Hamilton, 1959).

2. Gambaran Pre Op SC

Pre Operasi merupakan fase dimana perawat mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasiendikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2021).

Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien). Persiapan psikologi; terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang operasi, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan. Diet (puasa), pada operasi dengan anaesthesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaesthesi lokal /spinal anaesthesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi. Persiapan Fisiologis; persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya

mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi. Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut. Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG dan lain-lain.

3. Relaksasi Otot Progresif

a. Pengertian

Terapi relaksasi otot progresif yaitu terapi yang dilakukan dengan cara peregangan otot kemudian dilakukan relaksasi otot (Rihiantoro et al., 2018). Relaksasi otot progresif merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengendurkan ketegangan jasmani yang akan berdampak pada penurunan ketegangan jiwa. Oleh karena efek yang dihasilkan adalah perasaan senang, relaksasi mulai digunakan untuk mengurangi perasaan tegang, terutama ketegangan psikis (Purwanto, 2008 dalam Agustina & Hasanah, 2018). Relaksasi otot progresif menurut Jacobson adalah suatu keterampilan yang dapat dipelajari dan digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi ketegangan dan mengalami perasaan nyaman tanpa ketergantungan pada sesuatu atau subjek diluar dirinya.

Relaksasi otot progresif merupakan salah satu cara dalam manajemen stress yang merupakan salah satu dari bentuk mind-bodytherapy (terapi pikiran dan otot-otot tubuh) dalam terapi komplementer (Moyad, 2009 dalam Agustina & Hasanah, 2018). Relaksasi otot progresif ini mengarahkan perhatian pasien untuk membedakan perasaan yang dialami ketika kelompok otot dilemaskan dibandingkan dengan ketika kelompok otot dalam kondisi tegang, dengan demikian diharapkan klien mampu mengelola kondisi tubuh terhadap stress (Agustina & Hasanah, 2018). Otot ekstremitas bagian bawah atau disebut juga otot anggota gerak bawah adalah salah satu bagian otot tubuh yang berada pada anggota gerak bawah. Otot ini

terbagi menjadi otot tungkai atas dan otot tungkai bawah. Otot tungkai atas (otot pada paha) dan otot tungkai bawah (otot tulang kering, otot betis, otot telapak kaki, otot jari kaki gabungan yang terleyak di punggung kaki, dan otot penepsi yang terletak di sebelah punggung kaki (Syarifuddin, 2006 dalam Farhiah et al., 2019).

b. Tujuan

Menurut Herodes (2010), Alim (2009), dan Potter (2005) dalam Setyoadi dan Kushariyadi (2011) bahwa tujuan dari teknik ini adalah:

- a. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
- b. Mengurangi distritmia jantung, kebutuhan oksigen.
- c. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokus perhatian seperti relaks.
- d. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi.
- e. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stres.
- f. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobiaringan, gagap ringan, dan membangun emosi positif dari emosi negatif.

c. Manfaat

Relaksasi otot progresif digunakan dalam perawatan untuk mengurangi ketegangan otot, kelelahan, kecemasan, depresi sakit leher dan punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap (Purwaningtyas, 2010 dalam Annas & Wibowo, 2019). Goldfried dan Davidson dalam Syarkawi, (2019) menyatakan bahwa dengan melemaskan otot dalam relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan yang berlebihan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Essa et al., (2018) terbukti bahwa relaksasi otot progresif efektif untuk mengurangi stress dan kecemasan. Sejalan dengan itu relaksasi otot progresif uga dapat meningkatkan

kualitas tidur dan mengurangi kelelahan (Amini et al., 2020).

4. Pengaruh Intervensi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Ansietas

Kecemasan merupakan suatu perasaan was-was seakan sewaktu yang buruk akan terjadi dan merasa tidak nyaman seakan ada ancaman. Seorang ibu mungkin akan merasa takut akan merasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu persalinan. Gejala psikologis utama dari kecemasan yaitu perasaan takut atau khawatir dalam situasi dimana seseorang terasa tersancam. Kecemasan yang dialami oleh ibu sebelum persalinan mempengaruhi kemampuan ibu dalam menghadapi proses persalinan. Ibu yang mengalami peningkatan kecemasan akan menurunkan tingkat kemampuan untuk melakukan coping dengan kecemasannya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yanita (2024), banyak ibu mengalami kecemasan menjelang persalinan mulai dari kecemasan ringan hingga kecemasan berat. Perasaan kecemasan dan sikap seorang wanita yang akan melahirkan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Oleh sebab itu, kecemasan pada ibu bersalin harus ditangani dengan tujuan mengurangi komplikasi persalinan. Banyak cara yang dapat dilakukan dalam penanganan kecemasan di antara teknik relaksasi nafas dalam, teknik relaksasi otot progresif, terapi musik, terapi resonansi emosi/rasional, yoga dan pendekatan agama. Teknik-teknik tersebut merupakan upaya meredakan ketegangan emosional sehingga individu dapat berpikir lebih rasional. Salah satu teknik yang cukup mudah dilakukan dalam meredakan kecemasan adalah relaksasi otot progresif. Teknik relaksasi otot progresif adalah teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi tetapi hanya memusatkan perhatian pada suatu aktivitas yang mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan kecemasan sehingga mendapatkan perasaan rileks. Teknik ini memaksa individu untuk berkonsentrasi pada ototnya dan kemudian melatihnya agar rileks.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan pendekatan sistematis yang digunakan untuk mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisis sehingga didapatkan masalah dan kebutuhan untuk perawatan ibu. Sumber-sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik atau melalui data sekunder. Tujuan utama dari pengkajian adalah untuk memberikan gambaran secara terus-menerus mengenai keadaan kesehatan pasien yang memungkinkan perawat merencanakan asuhan keperawatan.

a. Identitas pasien

Melakukan pengkajian pada pasien dengan menanyakan nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku, status perkawinan, pekerjaan, Pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, (MRS), nomor register, dan tanggal pengkajian

b. Keluhan utama

Hal yang sedang dirasakan pasien pada saat pengkajian atau penyebab masuk rumah sakit. Pasien bisa menceritakan pula hal yang menyebabkan terjadinya kecemasan.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ibu pernah melakukan prosedur pembedahan *sectio caesarea* sebelumnya. Apabila pernah bagaimana resiko jika dilakukan *sectio caesarea* lagi terhadap ibu.

2) Riwayat sekarang

Riwayat penyakit atau komplikasi yang terjadi sehingga menyebabkan dilakukan tindakan medis pembedahan *sectio caesarea*.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin

penyakit tersebut diatas diturunkan kepada pasien.

4) Riwayat kehamilan sebelumnya

Riwayat kehamilan sebelumnya berupa obstetri (G,P,A), taksiran persalinan, pola kontraksi, komplikasi yang terjadi pada kehamilan sebelumnya.

c. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)

1) Pola nutrisi-metabolik:

Mengalami anoreksia yaitu gangguan makan yang ditandai dengan berat badan yang sangat rendah.

2) Pola eliminasi :

Mengalami peningkatan intensitas untuk berkemih.

3) Pola aktivitas-latihan:

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini yang perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.

4) Pola istirahat-tidur:

Mengalami sulit tidur atau gangguan tidur, jam tidur pasien berkurang, dan kebiasaan tidur siang pasien terganggu.

5) Pola persepsi-kognitif:

Menggambarkan tentang pengindraan (pengelihatian, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba)

6) Pola konsep diri-persepsi diri :

Merasa bingung, khawatir dengan akibat dari kondisi yang akan dihadapi (proses persalinan), dan sulit berkonsentrasi.

7) Pola hubungan- peran :

Menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.

8) Pola toleransi stress-koping :

Menggambarkan tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.

9) Pola keyakinan-nilai :

Menggambarkan tentang latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan budaya kesehatan.

d. Pemeriksaan fisik

Mengkaji keadaan umum pasien terlebih dahulu seperti Glasgow Coma Scale (GCS), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (TTV). Dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan fisik head to toe dari:

- 1) Kepala: pemeriksaan pada rambut, telinga, mata, mulut, dan leher.
Apakah ada kelainan pada bagian tertentu, ada benjolan atau tidak, ada edema atau tidak.
- 2) Leher: apakah ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid.
- 3) Mata: adanya pembengkakan kelopak mata, konjungtiva anemis
- 4) Mulut dan bibir: mukosa bibir kering atau tidak
- 5) Dada: pemeriksaan pada mammae, areola.
- 6) Abdomen: pemeriksaan Leopold, tinggi fundus uteri (TFU), detak jantung janin (DJJ).
- 7) Genetalia: kebersihannya, apakah terjadi keputihan atau tidak.
- 8) Ekstremitas atas dan bawah: lihat dan raba apakah ada tanda-tanda edema, varises, dan sebagainya.

e. Data penunjang:

Data penunjang dilakukan atas indikasi tertentu yang digunakan untuk memperoleh keterangan yang lebih jelas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendapatkan data penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonography (USG).

f. Pola pengkajian khusus kecemasan

- 1) Respon fisik
- 2) Kardiovaskuler: palpitasi, tekanan darah meningkat

- 3) Pernafasan: nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, terengah-engah
- 4) Neuromuskular: refleks meningkat, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang.
- 5) Gastrointestinal: anoreksia, diare/konstipasi, mual
- 6) Traktur urinarius: berkemih dengan sering dan tidak bisa menahan buang air kecil.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa *pre sectio caesarea* yang mungkin muncul: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

a. Ansietas (D.0080)

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan Ansietas

Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Krisis situasional 2) Kebutuhan tidak terpenuhi 3) Krisis maturasional 4) Ancaman terhadap konsep diri 5) Ancaman terhadap kematian 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan 7) Disfungsi sistem keluarga 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10) Penyalahgunaan zat 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain) 12) Kurang terpapar informasi 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1) Merasa bingung. 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3) Sulit berkonsentrasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak gelisah. 2) Tampak tegang. 3) Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh pusing. 2) Anoreksia. 3) Palpitasi. 4) Merasa tidak berdaya 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi napas meningkat. 2) Frekuensi nadi meningkat. 3) Tekanan darah meningkat. 4) Diaforesis.

	5) Tremos. 6) Muka tampak pucat. 7) Suara bergetar. 8) Kontak mata buruk. 9) Sering berkemih. 10) Berorientasi pada masa lalu.
Kondisi Klinis Terkait	
1) Penyakit Kronis progresif (mis. Kanker, penyakit autoimun) 2) Penyakit akut 3) Hospitalisasi 4) Rencana operasi 5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 6) Penyakit neurologis 7) Tahap tumbuh kembang	

b. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial.

Tabel 2.2
Diagnosa Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman

Penyebab	
1) Gejala penyakit 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan 3) Ketidakadekuatan sumber daya (mis: dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan) 4) Kurangnya privasi 5) Gangguan stimulus lingkungan 6) Efek samping terapi (mis: medikasi, radiasi, kemoterapi) 7) Gangguan adaptasi kehamilan	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
1) Mengeluh tidak nyaman	1) Gelisah.
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
1) Mengeluh sulit tidur 2) Tidak mampu rileks 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan 4) Merasa gatal 5) Mengeluh mual 6) Mengeluh lelah	1) Menunjukkan gejala distres 2) Tampak merintih/menangis 3) Pola eliminasi berubah 4) Postur tubuh berubah 5) Iritabilitas
Kondisi Klinis Terkait	
1) Penyakit kronis 2) Keganasan 3) Distres psikologis 4) Kehamilan	

c. Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Tabel 2.3
Diagnosa Keperawatan Gangguan pola tidur

Penyebab	
1) Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan)	
2) Kurang kontrol tidur	
3) Kurang privasi	
4) <i>Restraint</i> fisik	
5) Ketiadaan teman tidur	
6) Tidak familiar dengan peralatan tidur	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
1) Mengeluh sulit tidur	(tidak tersedia)
2) Mengeluh sering terjaga	
3) Mengeluh tidak puas tidur	
4) Mengeluh pola tidur berubah	
5) Mengeluh istirahat tidak cukup	
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	(tidak tersedia)
Kondisi Klinis Terkait	
1) Nyeri/kolik	
2) Hipertirodisme	
3) Kecemasan	
4) Penyakit paru obstruktif kronis	
5) Kehamilan	
6) Periode pasca partum	
7) kondisi pasca operasi	

3. Rencana Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa diatas:

a. Ansietas b.d pelaksanaan pembedahan (D.0080)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) ansietas yaitu tingkat ansietas (L.09093), diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil verbalisasi tidak kebingungan, tidak khawatir akibat kondisi yang dihadapi, tidak gelisah, tidak tegang, konsentrasi membaik, pola tidur membaik. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi

utama ansietas yaitu reduksi ansietas (I.09314) dan intervensi pendukung terapi musik (I.09326):

Intervensi Utama: Terapi Relaksasi

1) Observasi:

- a) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmaampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan

2) Terapeutik:

- a) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- b) Gunakan pakaian longgar

3) Edukasi:

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia
- b) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- c) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- d) Demonstrasikan dan latih teknik relaksa

Intervensi Pendukung: Terapi Musik

1) Observasi:

- a) Identifikasi minat terhadap musik
- b) Identifikasi musik yang disukai

2) Terapeutik

- a) Pilih musik yang disukai
- b) Posisikan dalam posisi yang nyaman
- c) Batasi rangsangan eksternal selama terapi dilakukan (mis. Lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon)
- d) Sediakan peralatan terapi musik
- e) Atur volume suara yang sesuai
- f) Berikan terapi musik sesuai indikasi

- g) Hindari pemberian terapi musik dalam waktu yang lama
 - h) Hindari pemberian terapi musik saat cedera kepala akut
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan tujuan dan prosedur terapi musik
 - b) Anjurkan rileks selama mendengarkan musik

b. Gangguan Rasa Nyaman b.d Gangguan Adaptasi Kehamilan

(D.0074)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) gangguan rasa nyaman yaitu status kenyamanan (L.08064), diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman, tidak gelisah, keluhan sulit tidur membaik. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi gangguan rasa nyaman yaitu):

- 1) Observasi:
 - a) Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi
- 2) Terapeutik
 - a) Tempatkan pasien pada posisi terapeutik
 - b) Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi
 - c) Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. Semi fowler)
 - d) Tinggikan tempat tidur bagian kepala
 - e) Berikan bantal yang tepat pada leher
 - f) Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri
 - g) Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi
- 3) Edukasi
 - a) Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi.

c. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) gangguan pola tidur yaitu pola tidur (L.05045), diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil Keluhan sulit tidur membaik, keluhan pola tidur berubah membaik, keluhan istirahat

tidak cukup membaik. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi gangguan pola tidur yaitu:

1) Observasi:

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)

2) Terapeutik

- a) Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- d) Tetapkan jadwal tidur rutin
- e) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

3) Edukasi

- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018)

Implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibilitas, sebelum

dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga. Tahap ke-2 berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan dan tahap ke-3 yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan (Anisyah, 2020)

5. Evaluasi

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibilitas, sebelum dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga. Tahap ke-2 berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan dan tahap ke-3 yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan (Anisyah, 2020). Evaluasi yang diharapkan berdasarkan diagnosa keperawatan ansietas dan gangguan rasa nyaman yaitu: (1) Ansietas: diharapkan pasien tidak mengalami kebingungan, tidak merasa khawatir pada kondisinya, pasien tidak gelisah, tidak merasa tegang, pola tidur membaik serta dapat berkonsentrasi dengan baik dalam melakukan relaksasi pola tidur membaik. (2) Gangguan rasa nyaman: diharapkan pasien merasa nyaman, tidak menunjukkan perilaku gelisah, serta memiliki waktu tidur yang cukup. (3) gangguan pola tidur: diharapkan keluhan sulit tidur teratasi, pola tidur membaik, serta waktu istirahat yang cukup.

- Adapun evaluasi keperawatan berdasarkan penulisan SOAP, menurut

Nanda (2020) keempat komponen SOAP terdiri dari:

- a. S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- b. O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c. A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d. P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

C. Konsep Intervensi Relaksasi tot progresif

1. Definisi

Menurut (SPO PPNI, 2021) terapi relaksasi otot progresif menggunakan teknik penegangan dan peregangan otot untuk meredakan ketegangan otot, ansietas, nyeri serta meningkatkan kenyamanan, konsentrasi dan kebugaran. Relaksasi progresif merupakan teknik yang digunakan untuk menginduksi relaksasi otot saraf. Relaksasi otot progresif adalah suatu metode yang terdiri atas peregangan dan relaksasi sekelompok otot serta memfokuskan pada perasaan rileks (Rihiantoro et al., 2019). Teknik relaksasi progresif dapat dilakukan untuk mengurangi ketegangan otot, mengurangi nyeri kepala, kesulitan tidur dan mengurangi tingkat kecemasan (Primasari Mahardhika Rahmawati, 2022).

2. Tujuan Relaksasi Otot Progresif

- a. Membantu pasien menurunkan nyeri tanpa farmakologi
- b. Memberikan dan meningkatkan pengalaman subjektif bahwa ketegangan fisiologis bisa direlaksasikan sehingga relaksasi akan menjadi kebiasaanberespon pada keadaan-keadaan tertentu ketika otot tegang
- c. Menurunkan stress pada individu, relaksasi dalam dapat mencegah manifestasi psikologis maupun fisiologis yang diakibatkan stress.

3. Manfaat Relaksasi Otot Progresif

- a. Menurunkan ketegangan otot
- b. Mengurangi tingkat kecemasan atau nyeri
- c. Mengurangi masalah-masalah yang berhubungan dengan stress
- d. Hal-hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Terapi Relaksasi

Menurut Kristina (2021) dalam melakukan kegiatan terapi relaksasi otot-otot progresif perlu memperhatikan hal hal berikut ini:

- a. Hindari terlalu menegangkan otot berlebihan karena akan melukai diri.
- b. Diperlukan waktu 20 menit dalam 1 set terapi perhari.
- c. Perhatikan posisi tubuh. Hindari posisi berdiri dan usahakan mata dalam keadaan tertutup.
- d. Menegangkan kelompok otot dua kali tegangan.
- e. Memastikan klien dalam keadaan relaks.
- f. Terus menerus memberikan intruksi dengan tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat

4. Cara Melakukan Relaksasi Otot Progresif

Dibawah ini merupakan cara melakukan relaksasi otot progresif (SPOPPNI, 2021):

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - Sarung tangan bersih, *jika perlu*
 - Kursi dengan sandaran, *jika perlu*
 - Bantal
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- e. Pasang sarung tangan, *jika perlu*
- f. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu
- g. Tempatkan pasien ditempat yang tenang dan nyaman
- h. Anjurkan dengan menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman

- i. Berikan posisi yang nyaman, misal duduk bersandar atau tidur
 - j. Anjurkan pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi
 - k. Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali
 - l. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram.
 - m. Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang atau otot yang rileks
 - n. Anjurkan bernafas dalam dan perlahan
 - o. Periksa dan ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu
 - p. Rapihkan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - q. Lepaskan sarung tangan
 - r. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - s. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
5. Langkah-langkah Gerakan Relaksasi Otot Progresif

Adapun langkah-langkah gerakan relaksasi otot progresif menurut (Kristina, 2021):

- a. Gerakan 1 : melatih otot tangan
 - 1) Genggam tangan kiri dengan menggunakan suatu kepalan.
 - 2) Buat kepalan yang sangat kuat agar merasakan sensasi ketegangan.
 - 3) Pada saat kepalan dilepaskan, pandu klien untuk merasakan relaks.
 - 4) Lakukan gerakan ini 2 kali agar dapat mengetahui perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan rileks yang dialami.
 - 5) Lakukan hal yang serupa pada tangan kanan.



Gambar 2.3: Gerak Melatih Otot Tangan

(Kristina, 2021)

b. Gerakan 2: melatih otot tangan bagian belakang

Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot tangan dibagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap langit-langit.

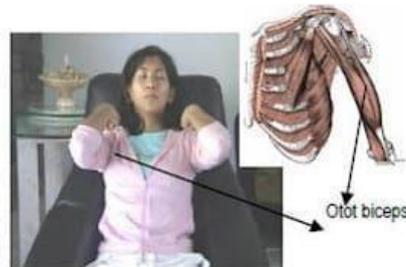


Gambar 2.4: Gerak Melatih Otot Tangan Belakang

(Kristina, 2021)

c. Gerakan 3: melatih otot brisep

- 1) Genggam kedua telapak tangan dengan membentuk kepalan.
- 2) Bawa kedua kepalan ke arah pundak sehingga otot brisepakan menjadi tegang.



Gambar 2.4: Gerak Melatih Otot Brisep

(Kistina, 2021)

d. Gerakan 4: melatih otot bahu agar mengendur

Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan menyentuh telinga dan fokuskan perhatian gerakan pada bahu, punggung atas, dan leher yang mengalami ketegangan.



Gambar 2.5: Gerak Melatih Otot Bahu
(Kristina, 2021)

- e. Gerakan 5 dan 6 : melemaskan otot-otot wajah
Kerutkan dahi dan alis hingga ketegangan otot terasa. Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.
- f. Gerakan 7 : mengendurkan ketegangan otot rahang
Katupkan rahang diikuti gerakan menggigit gigi.
- g. Gerakan 8 : mengendurkan otot-otot sekitar mulut
Gerakan memoncongkan bibir sekuat-kuatnya hingga merasakan ketegangan di sekitar mulut.



Gambar 2.6: Gerak Melatih Otot Wajah
(Kristina, 2021)

- h. Gerakan 9 : merileksikan otot leher bagian belakang
 - 1) Gerakan dimulai otot leher bagian belakang kemudian otot leher bagian depan.
 - 2) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat

- 3) Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sehingga merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas.
- i. Gerakan 10 : melatih otot leher bagian depan
Gerakan membawa kepala ke muka dan benamkan dagu ke dada sehingga merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.
- j. Gerakan 11 : melatih otot punggung
- Angkat tubuh dari sandaran kursi
 - Punggung di lengkungkan
 - Busungkan dada, tahan kondisi tegang sehingga relaks
 - Setelah relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil melemaskan otot.
- k. Gerakan 12 : melemaskan otot dada
Tarik nafas panjang, diamkan beberapa saat sambil merasakan ketegangan dibagian dada sampai turun ke perut kemudian dilepas dan



lakukan napas normal dengan lega. Ulangi gerakan ini sekali lagi

Gambar 2.7: Gerak Melatih Otot Dada dan Punggung
(Kristina, 2021)

- l. Gerakan 13 : melatih otot perut
Tarik perut dengan kuat kedalam, tahan sampai menjadi kencang dan keras kemudian lepaskan. Ulangi kembali gerakan perut ini.

m. Gerakan 14 : melatih otot kaki (paha dan betis)

Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang, lanjutkan mengunci lutut sehingga ketegangan pindah ke otot betis. Tahan posisi tegang kemudian lepaskan. Ulangi dua kali gerakan masing-masing.



Gambar 2.8: Gerak Melatih Otot kaki
(Kristina,2021)

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.4
Jurnal Terkait

	Judul Artikel: Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sample, Variabel)	Hasil Penelitian
1	Efektifitas terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi nafas dalam terhadap kecemasan pada pasien pre operasi section caesarea: literature review (Fuji Wara Nuricha et al., 2022)	D: <i>Literature reviews</i> S: seleksi <i>literature</i> 2017-2021 V: (i) terapi relaksasi otot progresif dan terapi relaksasi nafas dalam (d) kecemasan pasien <i>pre sectio caesarea</i>	Simpulan : Terapi relaksasi otot progresif aktifitas otot untuk menurunkan ketegangan agar timbul rasa releks dan tenang sehingga mengurangi kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea dan terapi relaksasi nafas dalam memberikan stimulasi pada saraf parasimpatis yang menghasilkan respon relaksasi karena terapi relaksasi nafas dalam telah terbukti mengurangi kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea.

2	<p>Pengelolaan Peningkatan Kecemasan Menggunakan Teknik Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Pre <i>Sectio Caesarea</i> denan Spinal Anastesi di IBS Rumah Sakit Pantiwilasa Citarum Semarang (Mintarsih, 2019)</p>	<p>D: Deskriptif S: 4 responden V: (i) pasien <i>sectio caesarea</i> (d) peningkatan kecemasan menggunakan teknik relaksasi otot progresif</p>	<p>Derajat tingkat kecemasan pada responden intervensi sebelum dilakukan teknik relaksasi otot progresif dengan nilai mean 40.00 (kecemasan sedang) sedangkan setelah dilakukan intervensi relaksasi otot progresif dengan nilai mean 28.00 (kecemasan ringan). Pada responden kontrol derajat kecemasan sebelumnya dengan nilai mean 33.50 (kecemasan sedang), setelah dilakukan kontrol ulang nilai mean 38.50 (kecemasan sedang). Kesimpulan: Relaksasi otot progresif yang diberikan kepada pasien pre Operasi section caesarea dapat menurunkan kecemasan.</p>
3	<p>Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Ibu Pre <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Bersalin RSUD dr.Haryoto Kabupaten Lumajang (Rahmawati, 2018)</p>	<p>D: Kuantitatif S: 30 responden V: (i) pengaruh terapi relaksasi otot progresif (d) penurunan kecemasan ibu pre <i>sectio caesarea</i></p>	<p>Setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 30 orang responden yang memiliki tingkat kecemasan ringan sebanyak 18 responden (60%). Dengan kesimpulan ada pengaruh terapi otot relaksasi otot progresif terhadap penurunan kecemasan Ibu pre <i>sectio caesarea</i> .</p>
4	<p>Pengaruh pemberian teknik relaksasi otot dan tarik nafas dalam terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSI sultan agung semarang (Imawati, 2020)</p>	<p>D: Pre-Eksperimental One Group Pre Test and Post Test Design S: 21 responden V: (i) Pengaruh pemberian teknik relaksasi otot dan tarik nafas dalam (d) tingkat kecemasan pada pasien pre operasi I : HARS A : -</p>	<p>Tingkat kecemasan sebelum intervensi pemberian terapi teknik relaksasi otot dan tarik nafas dalam pada tingkat panik yaitu 5 orang (23,8%) kecemasan berat 7 orang (33,3%), kecemasan sedang 5 orang (22,8%), kecemasan ringan 1 orang (4,8%), tidak ada kecemasan 3 orang (14,3%). Setelah di lakukan intervensi pemberian terapi musik suara alam mengalami kenaikan dan penurunan. Pada tingkat panik yaitu 0 orang (0%), kecemasan berat 7 orang (33,3%), kecemasan sedang 2 orang (9,5%), kecemasan ringan 8 orang (34,1%), tidak ada kecemasan 4 orang (19,0%). Hasil uji statistik Marginal Homogeneity test diperoleh hasil signifikan dengan (p-value < 0,05).</p>

			Kesimpulan: Teknik relaksasi musik suara alam dapat menurunkan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi.
5	Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Pre Op Di Ruang IBS (Aslamafsal, 2023)	D: Case Study Design S: 1 responden V: (i) Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif (d) Penurunan Kecemasan Pasien Pre Op I : APAIS A : -	Dalam studi kasus ini terapi musik alam diberikan kepada An. D dengan skor APAIS sebelum diberikan intervensi 25 dan setelah diberikan intervensi skor APAIS menjadi 14. Kesimpulan : terdapat pengaruh pemberian terapi musik alam terhadap kecemasan pada pasien pre op di Ruang IBS.