

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Post Partum Sectio Caesaria**

##### **1. Definisi**

*Sectio caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Seksio sesaria adalah suatu tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram, melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Seksio Sectio caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Sarwono, 2009 dalam Fitria, 2018). Sedangkan menurut Padila (2015) *Sectio Caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

##### **2. Indikasi Sectio caesaria**

a) Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

Pada primigravida dengan kelainan letak, *primiparatua* disertai kelainan letak, *disproporsi sefalo pelvik* (*disproporsi* janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, Komplikasi kehamilan preeklamsia-eklamsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung,DM),gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium,mioma uteri dan sebagainya).

(Novita dkk, 2022)

b) Indikasi yang berasal dari janin

*Fetal distres*/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil. Kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstrasi.

Menurut (Novita dkk, 2022) penyebab persalinan dengan Sectio caesaria ini bisa dikarenakan masalah dipihak ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan Sectio caesaria. Pertama keputusan Sectio caesaria yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain, Ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, anak besar, letak dahi, letak muka,dsb), keracunan kehamilan yang parah, preeklamsia berat atau eklamsia, kelainan letak bayi (lintang,sungsang), sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta (*plasenta previa*), bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, riwayat seksio sesaria pada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu dan infeksi saluran persalinan.

Kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Meski sejak awal tidak ada masalah apapun dan diprediksi persalinan bisa dilakukian dengan normal, adakalanya suatu dan lain hal timbul selama proses persalinan. Contoh penyebab kasus ini antara lain, ketuban keluar dini, persalinan berkepanjangan, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi terlalu lemah, dan sebagainya (M.T.Indriyati, 2012 dalam Aprina & Anita Puri, 2016).

### **3. Kontra Indikasi Sectio caesaria**

Menurut (Fauziah, 2017), kontra indikasi dilakukan operasi Sectio caesaria adalah :

#### **a. Indikasi *Sectio Caesarea***

##### **1) Indikasi mutlak (Indikasi Ibu)**

- a) Panggul sempit absolut
- b) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
- c) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
- d) Stenosis serviks atau vagina

- e) Placenta previa
  - f) Disproporsi sefalopelvik
  - g) Ruptur uteri membakat
  - h) Ketuban pecah sebelum pada waktunya
- 2) Indikasi janin
- a) Kelainan letak
  - b) Gawat janin
  - c) Prolapsus placenta
  - d) Perkembangan bayi yang terhambat
  - e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.
- 3) Indikasi relatif
- a) Riwayat Sectio Caesarea sebelumnya
  - b) Presentasi bokong
  - c) Distosia
  - d) Fetal distress
  - e) Preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
  - f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- 4) Indikasi Sosial
- a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.
  - b) Wanita yang ingin Sectio Caesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul.
  - c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

#### **4. Jenis-Jenis Operasi *Sectio caesaria***

##### a. Abdomen (*sectio caesarea abdominalis*)

##### 1) *Sectio caesarea Transperitonealis*

Seksio sesaria klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri) dilakukan dengan membuat sayatan

memanjang pada corpus uteri kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

- a) Mengeluarkan janin dengan cepat
- b) Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik
- c) Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal

Kekurangan :

- a) Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonialis yang baik
  - b) Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi ruptur uteri spontan.
- 2) *Sectio caesaria ismika atau fropundal (Low servikal dengan insisi pada segmen bawah rahim)*

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (*low servikal transversal*) kira-kira 10 cm (Fauziah, 2017) .

Kelebihan :

- a) Penjahitan luka mudah
- b) Penutupan luka dengan reperitonialisasi yang baik
- c) Tumpang tindih dari peritonal flaf baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- d) Perdarahan tidak begitu banyak
- e) Kemungkinan ruptur uteri spontan berkurang atau lebih kecil

Kekurangan :

- a) Luka dapat melebar kekiri,kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri uterine pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak
- b) Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi
- c) Seksio sesaria ekstra peritonealis adalah tanpa membuka peritoneum parietal dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

b. Vagina (*Sectio Caesarea Vaginalis*)

Menurut sayatan pada rahim, seksio sesaria dapat dilakukan sebagai berikut :

- a) Sayatan memanjang (*Longitudinal*)
- b) Sayatan melintang (*transversal*)
- c) Sayatan huruf T (*T insiction*)

(Padila,2015).

**5. Komplikasi *Sectio caesaria***

Menurut (Fauziah, 2017).Komplikasi seksio sesaria yang sering terjadi pada ibu SC adalah :

a) Perdarahan

Perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat sayatan atau kegagalan mencapai hemostasis ditempat insisi rahim atau akibat atonia uteri, yang dapat terjadi setelah pemanjangan masa persalinan

b) Sepsis sesudah pembedahan

Frekuensi dan komplikasi ini jauh lebih besar bila *sectio caesarea* dilakukan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim.

c) Organ - organ sekitar rahim terlukai

Usus besar, kandung kemih, dan saluran kencing bisa saja terlukai pisau bedah saat operasi *caesar* karena organ - organ ini letaknya berdekatan.

d) Bayi terluka

Saat dinding rahim dibuka, bayi bisa terluka

e) Problem buang air kecil

Karena saat pembedahan dokter melakukan manipulasi organ dengan alat - alat (misalnya mendorong kandung kencing supaya tidak ikut tersayat saat membuka dinding rahim), hal ini dapat menyebabkan otot- otot saluran kencing terganggu, akibatnya kandung kencing tidak sepenuhnya kosong setelah buang air kecil.

f) Infeksi

Infeksi dapat terjadi misalnya karena kurangnya sterilitas alat-alat

operasi, adanya retensi urin, luka operasi yang terkontaminasi atau melalui transfusi darah.

g) Perlengketan

Resiko perlengketan plasenta pada rahim (plasenta akreta) meningkat pada ibu yang menjalani operasi *caesar*.

h) Trombus dan emboli

Obat bius membuat otot-otot berelaksasi selama operasi, demikian pula dengan otot-otot pembuluh darah. Hal ini membuat aliran darah melambat, konsekuensinya adalah resiko pembentukan trombus dan emboli meningkat. Trombus adalah bekuan darah yang dapat menyumbat aliran darah. Bekuan darah ini dapat terbawa aliran darah sehingga menyumbat pembuluh darah di kaki, paru-paru, otak atau jantung

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemantauan janin terhadap kesehatan janin

- a) Pemantauan EKG
- b) Jumlah Darah Lengkap dengan diferensial
- c) Elektrolit
- d) Hemoglobin/Hematokrit
- e) Golongan dan pencocokan silang darah
- f) Urinalisis
- g) Amniosintesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h) Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi
- i) Ultrasound sesuai pesanan

(Fauziah, 2017) .

## 7. Penatalaksanaan Medis Post Operasi

a. Perawatan Post Operasi *sectio caesaria*

1) Analgesia

- a) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (*Intra muscular*) setiap 3 jam sekali, bila

diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morpin.

- b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
- c) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg meperidin.
- d) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

## 2) Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

## 3) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat hari kedua.

## 4) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belu terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

## 5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

## 6) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat

menguntungkan, secara normal jahtan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan, Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera dicek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan payudara

Perawatan ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

9) Memulangkan pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman jika diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu sehingga harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain (Meti, 2021).

## **B. Konsep Nyeri Post Operasi *Sectio Caesaria***

### **1. Definisi Nyeri Post Operasi *Sectio Caesaria***

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Nyeri post *hemoroidektomi* adalah perasaan tidak nyaman, akibat adanya luka insisi pada *plexus hemoroidialis* (Ediyanto, 2019).

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu, nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual (Potter & Perry, 2015).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan fungsional, berlangsung secara mendadak atau lambat dengan intensitas ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017)

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri sangat bersifat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda (Zakiah, 2015).

Nyeri berfungsi sebagai mekanisme pendukung protektif, defensif, dan diagnostik, tetapi dalam kasus lain nyeri juga dapat memperburuk penderitaan pasien. Persepsi nyeri terjadi karena suatu mekanisme yang dimulai dengan transduksi, transmisi, modulasi, dan akhirnya terjadi persepsi nyeri. Ketika stimulus dirasakan sebagai rasa sakit, tubuh merespons dengan melepaskan hormon katabolik yang umumnya disebut sebagai respons stres. Kondisi ini dapat menyebabkan efek yang berbeda pada sistem organ yang berbeda, termasuk sistem kardiovaskular dan pernapasan.

## **2. Klasifikasi Nyeri**

Nyeri menurut Potter & Perry (2015) dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

### **a. Nyeri Akut**

Nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas bervariasi atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

### **b. Nyeri Kronik**

Nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang periode waktu dan berlangsung lebih dari enam bulan.

### **3. Faktor–faktor yang mempengaruhi nyeri**

Menurut (Black & Hawks, 2014 dalam Mulyanto dkk, 2014; Potter & Perry, 2010 ; Lusianah dkk, 2012), faktor yang mempengaruhi nyeri diantaranya :

#### **a. Persepsi nyeri**

Persepsi nyeri merupakan persepsi individu menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman masing-masing. Nyeri yang dirasakan tiap individu berbeda-beda. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh toleransi individu terhadap nyeri.

#### **b. Faktor sosial budaya**

Faktor sosial budaya merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Respon terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral dan budaya masing-masing.

#### **c. Usia**

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Individu yang berumur lebih tua mempunyai metabolisme yang lebih lambat dan rasio lemak tubuh terhadap masa otot lebih besar dibanding individu berusia lebih muda, sehingga analgesik dosis kecil mungkin cukup untuk menghilangkan nyeri.

#### **d. Jenis kelamin**

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri. Pada dasarnya pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita.

#### **e. Pengalaman masa lalu**

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri mempengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pada masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri.

#### **f. Ansietas (kecemasan)**

Hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks. Kecemasan terkadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi

nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Dalam teorinya melaporkan bahwa stimulus nyeri yang mengaktivasi bagian dari sistem limbic dipercaya dapat mengontrol emosi, terutama kecemasan. Sistem limbik memproses reaksi emosional terhadap nyeri, apakah dirasa mengganggu atau berusaha untuk mengurangi nyeri.

**g. Perhatian**

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri. Konsep inilah yang mendasari berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (guided imagery), dan masase.

**h. Kelemahan (fatigue)**

Kelemahan akan meningkatkan persepsi seseorang terhadap nyeri dan dapat menurunkan kemampuan untuk mengatasi suatu masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

**i. Teknik koping**

Teknik koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengatasi nyeri. Seseorang yang memiliki koping yang baik mereka dapat mengontrol rasa nyeri yang dirasakan. Tetapi sebaliknya, jika seseorang yang memiliki koping yang buruk mereka akan merasa bahwa orang lainlah yang akan bertanggung jawab terhadap nyeri yang dialaminya. Konsep inilah yang dapat diaplikasikan dalam penggunaan analgesik yang dikontrol pasien (patient-controlled analgesia/PCA).

**j. Keluarga dan dukungan sosial**

Seseorang yang merasakan nyeri terkadang bergantung kepada anggota keluarga yang lain atau teman dekat untuk memberikan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun rasa nyeri masih terasa, tetapi kehadiran keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress sedikit

berkurang. Kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang mengalami nyeri (Black & Hawks, 2014 dalam Mulyanto dkk, 2014; Potter & Perry, 2010 ; Lusianah dkk, 2012).

#### 4. Fisiologi Nyeri

##### a. *Transduksi*

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

##### b. *Transmisi*

Proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal

##### c. *Modulasi*

Proses *amplifikasi* sinyal neural terkait nyeri (pain related neural signals). Proses ini terjadi di kornu dorsalis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Sistem *nosiseptif* juga mempunyai jalur descending berasal dari *korteksfrontalis*, *hipotalamus*, dan area otak lainnya keotak tengah (*midbrain*) dan medula *oblongata*, selanjutnya menuju medula spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal *nosiseptif* di *kornudorsalis*.

#### d. *Persepsi*

Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses *transduksi*, *transmisi*, *modulasi*, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *Nociseptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermiyelin dan ada juga yang tidak bermiyelin dari syaraf *afere*n (Anas Tamsuri, 2006 dalam Bahrudin, 2017).

### 5. **Faktor Penyebab Nyeri Pada Pasien Post Op Sectio Caesaria**

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, 2018). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2016). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Potter & Perry, 2016).

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan

otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2016).

## 6. Penatalaksanaan Nyeri

### 1. Farmakologi

Pengobatan secara farmakologi dengan menggunakan analgetik atau pengurang rasa nyeri dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan efek samping seperti perdarahan pada saluran cerna, obat AINS, Analgesik Ajuvan (Judha & Fauziah, 2012)

### 2. Non- Farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi ada beberapa terapi yang dapat digunakan dalam menurunkan nyeri post operasi antara lain distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, musik, *biofeedback*, stimulasi kutaneus yang terdiri dari masase, kompres dingin, dan kompres hangat, hypnosis, terapi autogenik (Judha & Fauziah, 2012)

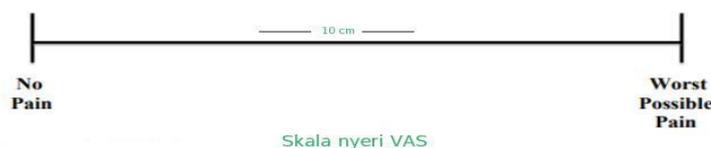
## 7. Cara Pengukuran Intensitas Nyeri

Menurut (Judha & Fauziah, 2012), beberapa cara untuk mengukur tingkat nyeri adalah sebagai berikut :

### a. *Visual Analog Scale* (VAS)

*Visual Analog Scale* adalah cara yang paling banyak di gunakan untuk menilai nyeri. Skala linier menggambarkan secara visual gradiasi tingkat nyeri yang mungkin di alami seorang pasien.

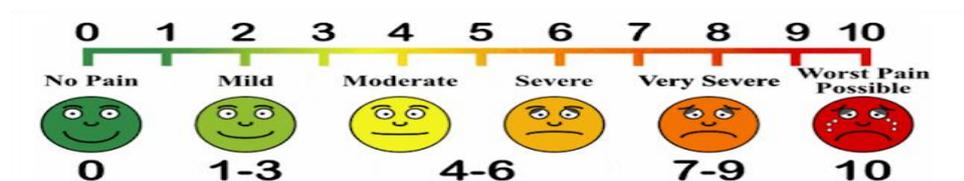
Gambar 2.1  
*Visual Analog Scale*



### b. *Wong Baker Rating Scale* / Skala Wajah

*Wong baker Rating Scale* adalah skala yang di gunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan dengan angka .

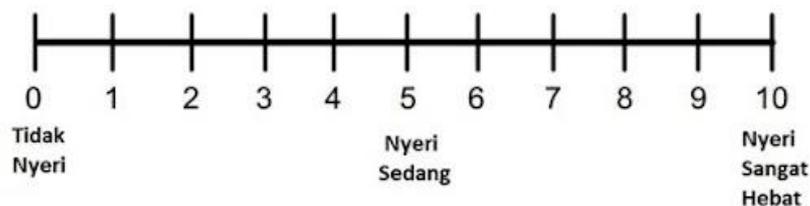
Gambar 2.2  
Wong Baker Rating Scale



c. *Numeric Rating Scale (NRS) / Skala Longitudinal*

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat dan ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 (nol) hingga 10 (sepuluh) (Potter & Perry, 2005 dalam Handayani, 2015).

Gambar 2.3  
Numeric Rating Scale



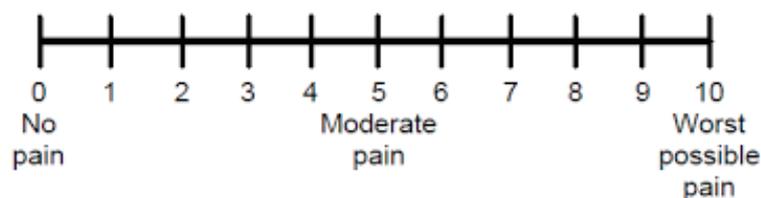
Keterangan :

1. Skala 0 : Tanpa nyeri
2. Skala 1-3 : Nyeri ringan
3. Skala 4-6 : Nyeri sedang
4. Skala 7-9 : Nyeri berat
5. Skala 10 : Nyeri sangat berat

d. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini untuk menggambarkan rasa nyeri, efektif untuk menilai nyeri akut, dianggap sederhana dan mudah dimengerti, ranking nyerinya dimulai dari tidak nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan. (Khoirunnisa & Novitasari, 2015).

Gambar 2.4  
Verbal Rating Scale (VRS)



### C. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Sectio Caesaria

Asuhan keperawatan pada karya tulis ini disusun berdasarkan data fokus pada ibu post operasi caesarea dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman akibat nyeri luka post SC, mulai dari pengkajian sampai evaluasi data dan intervensinya fokus pada masalah tersebut. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya tetap melakukan asuhan berdasarkan biopsikososiospritual klien.

#### 1. Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan, namun ada beberapa juga yang harus ditanyakan diantaranya :

##### a) Anamnesa

Identitas pasien seperti nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat rumah, No. RM. Sedangkan penanggung jawab (orang tua, keluarga terdekat) seperti namanya, pendidikan terakhir, jenis kelamin, No. HP.

##### b) Riwayat Kesehatan

Riwayat Penyakit Sekarang, Riwayat Penyakit Dahulu, Riwayat Penyakit Keluarga. Bisa menggunakan PQRST yaitu :

1) P (Provokes) : Penyebab timbulnya nyeri.

- 2) Q (Quality) : Rasanya nyeri seperti ditekan, ditusuk atau diremas-remas.
- 3) R (Region) : Lokasi nyeri berada di bagian tubuh mana.
- 4) S (Saverity) : Skala nyeri.
- 5) T (Time) : Nyeri dirasakan sering atau tidak.

c) **Data Penunjang**

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung tentang keadaan penyakit serta terapi medis yang diberikan untuk membantu proses penyembuhan penyakit, klien dikaji tentang keadaan HB dalam darah, leukosit, trombosit, hematokrit dengan nilai normal

**2. Diagnosa Keperawatan Post Operatif**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi sectio caesaria adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

**Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Post Operatif**

<p><b>a. Nyeri Akut (D. 0077)</b></p> <p>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.</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif : a) Tampak meringis b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</p>
--	---

<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma);</li> <li>2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan);</li> <li>3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).</li> </ol> <p>Kondisi klinis terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kondisi pembedahan;</li> <li>2) Cedera traumatis;</li> <li>3) Infeksi;</li> <li>4) Sindrom koroner akut;</li> <li>5) Glaukoma.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>c) Gelisah</li> <li>d) Frekuensi nadi meningkat</li> <li>e) Sulit tidur</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tekanan darah meningkat</li> <li>b) Pola napas berubah</li> <li>c) Nafsu makan berubah</li> <li>d) Proses berpikir terganggu</li> <li>e) Menarik diri</li> <li>f) Berfokus pada diri sendiri</li> <li>g) Diaforesis</li> </ol>
<p><b>b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</b></p> <p>Definisi :</p> <p>Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen.</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kerusakan jaringan</li> </ol>

<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perubahan sirkulasi;</li> <li>2) Perubahan status nutrisi (kelebihan / kekurangan)</li> <li>3) Kelebihan / kekurangan volume cairan</li> <li>4) Penurunan mobilitas</li> <li>5) Bahan kimia iritatif</li> <li>6) Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7) Faktor mekanis (mis.penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)</li> <li>8) Efek samping terapi radiasi</li> <li>9) Kelembaban</li> <li>10) Proses penuaan</li> <li>11) Neuropati perifer</li> <li>12) Perubahan pigmentasi</li> <li>13) Perubahan hormonal</li> <li>14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Kondisi klinis terkait :</li> <li>1) Imobilitas;</li> <li>2) Gagal jantung kongesif;</li> <li>3) Gagal ginjal;</li> <li>4) Diabetes melitus;</li> <li>5) Imunodefisiensi (mis. AIDS);</li> </ol> <p>Kateterisasi jantung</p>	<p>dan/atau lapisan</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nyeri</li> <li>b) Perdarahan</li> <li>c) Kemerahan</li> <li>d) Hematoma</li> </ol>
--	---

<p><b>c. Risiko Infeksi (D.0142)</b></p> <p>Definisi :</p> <p>Berisiko mengalami peningkatan terinfeksi organisme patogenik.</p> <p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyakit kronis (mis. diabetes.melitus);</li> <li>2) Efek prosedur invasi;</li> <li>3) Malnutrisi;</li> <li>4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.</li> <li>5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Gangguan peristaltik;</li> <li>b) Kerusakan integritas kulit;</li> <li>c) Perubahan sekresi pH;</li> <li>d) Penurunan kerja siliaris;</li> <li>e) Ketuban pecah lama;</li> <li>f) Ketuban pecah sebelum waktunya;</li> <li>g) Merokok;</li> <li>h) Statis cairan tubuh.</li> </ol> </li> <li>6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Penurunan hemoglobin;</li> <li>b) Imunosupresi;</li> <li>c) Leukopenia;</li> <li>d) Supresi respon inflamasi;</li> </ol> </li> <li>6) Vaksinasi tidak adekuat</li> </ol>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan</li> </ol> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>e) Nyeri</li> <li>f) Perdarahan</li> <li>g) Kemerahan</li> <li>h) Hematoma</li> </ol>
--	---

<p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. AIDS;</li><li>2. Luka bakar;</li><li>3. Penyakit paru obstruktif;</li><li>4. Diabetes melitus;</li><li>5. Tindakan invasi;</li><li>6. Kondisi penggunaan terapi steroid;</li><li>7. Penyalahgunaan obat</li><li>8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)</li><li>9. Kanker;</li><li>10. Gagal ginjal;</li><li>11. Imunosupresi;</li><li>12. <i>Lymphedema</i>;</li><li>13. Leukositopenia;</li><li>14. Gangguan fungsi hati</li></ol>	
--	--

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan atau perlakuan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Intervensi Pendukung
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>• Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>• Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>• Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian analgetik</li> <li>2. Aromaterapi</li> <li>3. Dukungan hipnosis diri</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Edukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernapasan</li> <li>12. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>13. Manajemen medikasi</li> <li>14. Pemantauan nyeri</li> <li>15. Pemberian obat</li> <li>16. Pemberian obat intravena</li> <li>17. Pemberian obat oral</li> <li>18. Pengaturan posisi</li> <li>19. Perawatan kenyamanan</li> <li>20. Teknik distraksi</li> <li>21. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>22. Terapi akupresur</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>• Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ul> <p><b>Terapi Relaksasi (I.09326)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>• Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>• Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>• Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</li> <li>• Monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>• Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>• Gunakan pakaian longgar</li> <li>• Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>• Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>• Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>• Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>• Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>• Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</li> <li>• Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ul>	<p>23. Terapi akupuntur</p> <p>24. Terapi murattal</p> <p>25. Terapi musik</p> <p>26. Terapi pemijatan</p> <p>27. Terapi relaksasi</p>
--	--	--

<p>Gangguan integritas kulit dan jaringanberhubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)</p>	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>• Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>• Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>• Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>• Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>• Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>• Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>• Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>• Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>• Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>• Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</li> <li>• Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asamamino), sesuai indikasi</li> <li>• Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>• Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik),jika perlu</li> <li>• Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan perawatan diri</li> <li>2. Edukasi perawatan diri</li> <li>3. Edukasi perawatan kulit</li> <li>4. Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan</li> <li>5. Edukasi Pola Perilaku Kebersihan</li> <li>6. Edukasi Program Pengobatan</li> <li>7. Konsultasi</li> <li>8. Latihan Rentang Gerak</li> <li>9. Manajemen Nyeri</li> <li>10. Pelaporan Status Kesehatan</li> <li>11. Pemberian Obat</li> <li>12. Pemberian Obat Intravena</li> <li>13. Pemberian Obat Kulit</li> <li>14. Pemberian Obat Topikal</li> <li>15. Penjahitan Luka</li> <li>16. Perawatan Area Insisi</li> <li>17. Perawatan Imobilisasi</li> <li>18. Perawatan Luka Tekan</li> <li>19. Teknik Latihan Penguatan Otot danSendi</li> </ol>
--	---	--

<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasi (D.0142)</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batasi jumlah pengunjung</li> <li>• Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>• Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>• Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>• Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>• Ajarkan etika batuk</li> <li>• Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>• Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan luka</li> <li>2. Manajemen lingkungan</li> <li>3. Pemantauan nutrisi</li> <li>4. Pemberian obat intravena</li> <li>5. Pengatura posisi</li> <li>6. Pemantauan tanda-tanda vital</li> <li>7. Perawatan area insisi</li> </ol>
---	---	--

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses keperawatan untuk melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya (Andarmoyo, 2013).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari suatu proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan dan hasil yang diharapkan (Andarmoyo, 2013). Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah mengacu kepada luaran keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

**Tabel 2.3**  
**Luaran Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Tujuan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b>  <b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan.  <b>Ekspektasi:</b> Menurun  <b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Gelisah menurun</li> <li>• Kesulitan tidur menurun</li> <li>• Menarik diri menurun</li> <li>• Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Pola napas membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Nafsu makan membaik</li> <li>• Pola tidur membaik/mual menurun</li> <li>• Mutah menurun</li> </ul>

<p>Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan luka insisi bedah (D.0129)</p>	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b>  <b>Definisi:</b> Keutuhan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).  <b>Ekspektasi:</b> Meningkatkan  <b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elastisitas meningkat</li> <li>• Hidrasi meningkat</li> <li>• Perfusi jaringan meningkat</li> <li>• Kerusakan jaringan menurun</li> <li>• Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Perdarahan menurun</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Hematoma menurun</li> <li>• Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>• Jaringan parut menurun</li> <li>• Nekrosis menurun</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• Sensasi membaik</li> <li>• Tekstur membaik</li> </ul>
<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan efek Prosedur invasi (D.0142)</p>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b>  <b>Definisi:</b> Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.  <b>Ekspektasi: menurun</b>  <b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demam menurun</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Nyeri menurun</li> <li>• Bengkak menurun</li> <li>• Kadar sel darah putih membaik</li> <li>• Vesikel menurun</li> <li>• Cairan berbau busuk menurun</li> <li>• Sputum berwarna hijau menurun</li> <li>• Drainase puluren menurun</li> <li>• Piuna menurun</li> <li>• Periode malaise menurun</li> <li>• Periode menggigil menurun</li> <li>• Lelargi menurun</li> <li>• Gangguan kognitif menurun</li> <li>• Kadar sel darah putih membaik</li> <li>• Kultur darah membaik</li> <li>• Kultur urine membaik</li> <li>• Kultur sputum membaik</li> <li>• Kultur area luka membaik</li> <li>• Kultur feses membaik</li> </ul>

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

## **D. Konsep Intervensi Teknik Relaksasi Nafas Dalam & Terapi Murrotal**

### **1. Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri, merupakan latihan pernapasan yang menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernapasan, frekuensi jantung dan ketegangan otot. Teknik relaksasi perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal dan perlunya instruksi menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri. Relaksasi nafas dalam merupakan teknik relaksasi yang dapat menurunkan nyeri dengan cara merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang untuk memproduksi endorphin yang berfungsi sebagai penghambat nyeri. Selain dapat mengatasi nyeri, teknik relaksasi juga dapat membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi stress fisik dan emosi (Suwahyu, Romy., et al. 2021)

Menurut Yusuf, Iswari, Sriyono, & Yunitasari dalam hasil penelitiannya, prosedur pelaksanaan relaksasi nafas dalam yang diberikan adalah ciptakan lingkungan yang tenang, menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 (dalam hati), perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks, anjurkan bernapas dengan irama normal 3 kali, menarik napas lagi melalui hidung dan menghembuskan memalalui mulut secara perlahan-lahan, membiarkan telapak kaki rileks, usahakan tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam, pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri, anjurkan untuk mengurangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang, ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat 5 kali dan bila nyeri hebat pasien dapat bernapas secara cepat dan dangkal (Yusuf, Iswari, Sriyono, & Yunitasari. 2020). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Smeltzer (2010) mengemukakan teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan

merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernafas dengan perlahan dan nyaman

## **2. Terapi Murottal**

Terapi murottal merupakan terapi baca Al-Qur'an yang dibacakan oleh Qori' atau Qori'ah sesuai dengan tartil dan tajwin yang dialunkan dengan indah yang dibuat dalam bentuk media audio seperti kaset, *Compact Disk* (CD), atau digital. Pemberian terapi murottal terbukti mampu mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah suatu getaran menjadi getaran yang dapat diterima tubuh untuk selanjutnya dapat merangsang reseptor nyeri dan merangsang otak untuk mengeluarkan analgetik yang ada dalam tubuh yaitu opioid natural endogen yang dapat memblokir nociceptor (Sulistiyawati & Widodo. 2020). Menurut Rilla E.V., Elwiyah R, Aat S (2014), faktor pendukung pelaksanaan terapi murottal yaitu bunyi-bunyian dengan frekuensi sedang cenderung merangsang jantung, paru, dan emosi serta untuk meningkatkan relaksasi fisiologis yang diindikasikan dengan penurunan nadi, respirasi dan tekanan darah. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya tentang pengaruh terapi musik dan terapi murottal terhadap penurunan tingkat nyeri dan kestabilan tanda-tanda vital.. Lantunan Al-Qur'an mengandung suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau yang dapat menurunkan hormone-hormon stress dan menurunkan nyeri (Thalbah. 2013).

Kondisi ini juga telah di sampaikan dalam Al-Qur'an “ (*Yaitu orang- orang yang beriman dan hati mereka menjadi dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tentram*” (Qs. Rad: [13]:28).

Berdasarkan ayat diatas dapat disimpulkan bahwa dengan mendengarkan ayat-ayat Allah hati akan menjadi tenang dan nyaman sehingga dapat mengalihkan rasa sakit yang dialami.

### **3. Tujuan**

#### **a. Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Bertujuan untuk mereleksasikan otot skeletal, dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormone yang dihasilkan yaitu hormone adrenalin dan hormone kortison. Kadar PaCO<sub>2</sub> akan meningkat dan menurunkan PH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Sumahyu, Romi et., al. 2021).

#### **b. Mendengarkan Terapi Murottal**

Bertujuan dapat menurunkan hormone-hormon stress, mengaktifkan hormone endofrin alami (serotonin). Mekanisme ini dapat meningkatkan perasaan rileks, mengurangi perasaan takut, cemas, nyeri dan tegang serta memperbaiki sistem kimia (Susanti, Susi., et al. 2019). Gejala utama yang muncul dan dirasakan klien post operasi yaitu nyeri hebat. Hal ini menjadikan klien akan terganggu dan menjadi faktor stressor bagi klien selama dalam perawatan di rumah sakit. Salah satu teknik manajemen nyeri adalah terapi murottal Al-Qur'an.

### **4. Indikasi**

Beberapa kondisi yang mendukung dilakukannya terapi murottal dan teknik relaksasi nafas dalam yaitu klien yang mengalami nyeri, perawat perlu melakukan pengkajian nyeri yang tepat dan pengukuran tingkat nyeri yang tepat dalam memberikan intervensi keperawatan pada klien (Morton & Fontaine. 2013).

### **5. Kontraindikasi**

Beberapa faktor penghambat dalam pelaksanaan intervensi ini yaitu kondisi klien yang bisa mengalami perubahan kapanpun maka

akan bisa menghambat pelaksanaan terapi ini, alat yang digunakan seperti handphone dan headphone mengalami kehabisan baterai dan kerusakan juga akan menghambat pelaksanaan terapi ini (Sisnawati H, & Ummi K., 2017).

## 6. Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi

Penulis melakukan implementasi selama tiga kali kunjungan dengan setiap kunjungan 1 x 60 menit. Pelaksanaan terapi dilakukan 6 jam post operasi di Ruang Perawatan. Implementasi awal yang dilakukan yaitu melakukan pengkajian berdasarkan Pengkajian Skala Nyeri. Terapi non farmakologik (terapi relaksasi nafas dalam dan terapi murottal) efektif digunakan pada skala nyeri sedang (4-6). Pemberian terapi murottal yang diberikan terdiri dari beberapa tahap yaitu pra interaksi yaitu menyiapkan SOP mendengarkan terapi murottal yaitu mendengarkan Qs. Ar-Rahman ( 78 ayat) dimana surah ini mempunyai manfaat / keutamaan antara lain :

### a) Meningkatkan Rasa Syukur

Manfaat surat Ar-Rahman memberikan umat Islam banyak contoh tentang nikmat-nikmat Allah yang diberikan kepada manusia, seperti makanan, minuman, pakaian, dan sebagainya. Surat ini mengajarkan untuk selalu bersyukur kepada Allah atas semua nikmat yang telah diberikan kepada umatnya. Dengan membaca dan menghafalkan Surat Ar-Rahman, seorang muslim akan lebih memahami nikmat-nikmat Allah yang tak terhitung jumlahnya.

### b) Memberikan Ketenangan dan Kedamaian

Manfaat surat Ar-Rahman juga dapat memberikan ketenangan dan kedamaian kepada umat Islam. Surat ini memaparkan kebesaran Allah dan kekuasaannya atas segala sesuatu yang ada di dunia. Dengan membaca surat ini, seorang muslim akan merasa lebih tenang dan tentram karena tahu bahwa Allah senantiasa menjaga dan melindunginya.

c) Meningkatkan Iman dan Taqwa

Surat Ar-Rahman mengajarkan tentang keagungan dan kebesaran Allah. Surat ini memperlihatkan betapa Allah adalah satu-satunya yang pantas dijadikan tempat bergantung dan berharap. Dengan rutin membaca Surat Ar-Rahman, akan semakin menguatkan iman dan taqwa kepada Allah.

d) Mempercepat Kesembuhan

Manfaat surat Ar-Rahman juga baik untuk kesehatan. Banyak orang yang telah merasakan manfaat ini, di mana membaca surat ini dapat mempercepat kesembuhan dari penyakit. Hal ini karena Surat Ar-Rahman mengandung ayat-ayat yang penuh dengan doa dan permohonan kepada Allah untuk menyembuhkan segala penyakit.

e) Menenangkan Hati Yang Gelisah

Manfaat surat Ar-Rahman juga dapat memberikan ketenangan dan kedamaian bagi orang yang merasa gelisah atau cemas. Ayat-ayatnya yang penuh dengan pengulangan "Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan?" dapat membantu meredakan kecemasan dan memberikan ketenangan batin.

(<https://www.liputan6.com/hot/read/5221183/10-manfaat-surat-ar-rahman-bagi-muslim->)

Kemudian menyiapkan alat, melihat data atau status pasien, melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan perawat, mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan terapi mendengarkan murottal Qur'an Ar-Rahman (78 Ayat) , menyiapkan ruangan yang tenang dan tidak ada kebisingan, mencuci tangan. Tahap orientasi dengan memberikan salam dan memperkenalkan diri, menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu, menjelaskan tujuan dan prosedur, menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien.

Tahap kerja yaitu membaca basmalah, posisikan klien berbaring dengan meletakkan tangan di samping badan, Pasang headset/headphone yang sudah disambungkan ke HP di kedua telinga klien, nyalakan murottal sambil menginstruksikan klien untuk menutup mata, instruksikan klien untuk menarik nafas dalam dan memfokuskan pikirannya pada lantunan ayat-ayat Ar-Rahman ( 78 ayat) selama  $\pm$  20 - 30 menit, setelah selesai kemudian instruksikan klien membuka mata dan melakukan kembali teknik nafas dalam sebanyak 3 kali atau sampai pasien merasa rileks. Tahap terminasi melakukan evaluasi Tindakan, menganjurkan klien untuk melakukan Kembali teknik mendengarkan terapi murottal Al-Qur'an dan teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri. Berpamitan dengan klien, mencuci tangan, mencatat dalam lembar catatn keperawatan (Fasa, I.F, Firmawati, E., 2016).

Sebelum dan sesudah intervensi dilanjutkan pemberian terapi murottal dan nafas dalam, sehari satu kali intervensi beserta evaluasi tindakan yang dilakukan perawat selama 25 menit dan secara mandiri oleh klien apabila nyeri timbul. Terapi diberikan 2 jam setelah klien meminum atau mendapat suntikan obat analgetik agar respon penurunan murni akibat intervensi murottal dan bukan karena efek obat analgetik yang telah diberikan (Dahlan, M.S., 2019).

## **7. Kriteria Evaluasi**

Setelah diberikan intervensi teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murottal diharapkan klien mampu melakukan, mengontrol nyeri dengan mandiri dan dengan kriteria hasil (SLKI, 2018):

- a. Nyeri menurun (5)
- b. Meringis menurun (5)
- c. Kemampuan meningkatkan aktivitas meningkat (5)

## E. Tinjauan Ilmiah Artikel

**Tabel 2.4 Tinjauan Ilmiah Artikel**

No	Judul Artikel ; Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sample, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Terapi Murottal Menurunkan Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria. Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan :Universitas Muhammadiyah Semarang  Wahyuningsih, Endah & Khayati, Nikmatul. (2021).	<b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan <b>S</b> : 3 Responden <b>V</b> : (i) Therapi Murrotal i (d) Tingkat Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap ketiga pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi relaksasi terapi murrotal ketiga pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 15 menit dengan frekuensi 3x/har
2	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam & Therapy murrotal Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di di RSUD Labuang Baji Kota Makassar  (Asrawatii, 2021)	<b>D</b> : Quasi Eksperimental <b>S</b> : 30 Responden <b>V</b> : (i) Teknik Relaksasi Nafas Dalam (d) Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio <b>I</b> : Wawancara <b>A</b> : uji T	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tingkat nyeri responden sesudah pemberian relaksasi Nafas Dalam pada kelompok intervensi didapatkan nilai rata-rata 3,40 dengan skala nyeri terendah 2 dan skala nyeri tertinggi 5 dan nilai standar deviasi 1,08. Maka didapatkan selisih nilai rata-rata pretest-posttest pada kelompok intervensi 3,30. Secara garis besar terdapat perubahan nyeri pada responden sesudah pemberian relaksasi nafas dalam.
3	Penerapan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam & Therapi Murrotal untuk Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea  (Andreyana Agrevita, 2021)	<b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan <b>S</b> : 3 Responden <b>V</b> : (i) Teknik Relaksasi (d) Tingkat Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap ketiga pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam & terapi murrotal ketiga pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 10-15 menit dengan frekuensi 3x/hari selama 2 hari setiap nyeri datang, skala nyeri menurun dari skala 6 menjadi skala 3.

4	<p>Asuhan keperawatan pada ny. B dengan diagnosa fraktur 1/3 tibia et fibula dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan terapi murottal dalam manajemen nyeri</p> <p>(Asrawati, 2021)</p>	<p><b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan</p> <p><b>S</b> : 2 Responden</p> <p><b>V</b>: (i) Therapi Murrotal i (d) Tingkat Nyeri</p> <p><b>I</b> : Pengkajian</p> <p><b>A</b> : -</p>	<p>Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap kedua pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi relaksasi terapi murrotal kedua pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 20 menit dengan frekuensi 3x/hari</p>
5	<p>Pengaruh terapi murottal quran terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di ruang mawar rumah sakit abdul wahab syahrane samarinda</p> <p>(Nur Soleha Oktaviana, 2016)</p>	<p><b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan</p> <p><b>S</b> : 3 Responden</p> <p><b>V</b>: (i) Teknik Relaksasi terapi murottal quran (d) Tingkat Nyeri</p> <p><b>I</b> : Pengkajian</p> <p><b>A</b> : -</p>	<p>Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap ketiga pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam &amp; terapi murrotal ketiga pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 20 menit dengan frekuensi 3x/hari</p>
6	<p>Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria</p> <p>(Endah Wahyuningsih, Nikmatul Khayati, 2021)</p>	<p><b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan</p> <p><b>S</b> : 2 Responden</p> <p><b>V</b>: (i) Teknik Relaksasi nafas dalam &amp; terapi murottal quran (d) Tingkat Nyeri</p> <p><b>I</b> : Pengkajian</p> <p><b>A</b> : -</p>	<p>Analisis tindakan terhadap responden 2 orang. Pengkajian nyeri menggunakan lembar <i>NRS</i> sebelum dan sesudah intervensi dilanjutkan pemberian terapi murottal dan relaksasi napas dalam sehari 1x dengan durasi selama 25 menit beserta evaluasi dan secara mandiri oleh pasien apabila nyeri timbul. Terapi diberikan 2 jam setelah pasien minum obat nyeri. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pasien mengalami penurunan nyeri dengan rata-rata 1 poin dari skala 5 menjadi 4 setelah terapi murottal. Terapi <i>murottal</i> yang dikombinasikan dengan napas dalam mampu menurunkan skala nyeri pasien post SC</p>
7	<p>Efektifitas terapi murottal al al qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri pada ibu post sectio caesaria di rsud puri husada tembilahan</p>	<p><b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan</p> <p><b>S</b> : 2 Responden</p> <p><b>V</b>: (i) Therapi</p>	<p>Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap kedua pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi relaksasi terapi</p>

	(Wiwik Rindaryani, 2020)	Murrotal i (d) Tingkat Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	murrotal kedua pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 15-20 menit dengan frekuensi 3x/hari
<b>8</b>	Pengaruh Murottal Al-Qur'an terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea  (Khairun Nuhan, Titi Astuti, Al Murhan, 2018)	<b>D</b> : Quasi eksperimen dengan pendekatan nonrandomized control grup pretest postests design. <b>S</b> : 11 Responden <b>V</b> : (i) Therapi Murrotal i (d) Tingkat Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik <i>accidental sampling</i> sebanyak 22 responden (11 responden kelompok perlakuan dan 11 responden kelompok kontrol).Pengumpulan data nyeri menggunakan instrumen <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS).Uji statistik menggunakan Wilcoxon dan Mann-Withney. Hasil penelitian terdapat perbedaan pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi SC pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol p-value 0.001. Peneliti menyarankan agar pihak RS mempertimbangkan menggunakan terapi komplementer murottal Al-Qur'an untuk mempersiapkan ibu menghadapi operasi SC menggunakan SOP yang ada.
<b>9</b>	Pengaruh terapi murottal terhadap penurunan tingkat nyeri dan kecemasan pada pasien pasca operasi SC  (Ria Mariatul Isnaani, 2022)	<b>D</b> : Quasi eksperimen dengan pendekatan nonr andomized control grup pretest postests design. <b>S</b> : 30 Responden <b>V</b> : (i) Therapi Murrotal i (d) Tingkat Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik <i>accidental sampling</i> sebanyak 30 responden (15 responden kelompok perlakuan dan 15 responden kelompok kontrol).Pengumpulan data nyeri menggunakan instrumen <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS).Uji statistik menggunakan Wilcoxon dan Mann-Withney. Hasil penelitian terdapat perbedaan pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri dan kecemasan pada pasien post operasi SC pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol p-value 0.001.

---

<b>10</b>	Pengaruh Terapi Murattal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi  (Nur Solekha Oktaviana, 2016)	<b>D</b> : Deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan Keperawatan <b>S</b> : 2 Responden <b>V</b> : (i) Teknik Relaksasi terapi murotal quran (d) Tingkat kecemasan & Nyeri <b>I</b> : Pengkajian <b>A</b> : -	Berdasarkan analisis tindakan keperawatan terhadap ketiga pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, setelah dilakukan terapi non farmakologi terapi murrotal kedua pasien mengalami penurunan tingkat nyeri dalam pemberian terapi selama 20 menit.
-----------	--	---	---

---