

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Sectio Caesarea

1. Definisi *Sectio Caesarea*

Operasi *Sectio Caesarea* adalah operasi atau prosedur melahirkan melalui dengan pembelahan dinding perut dan dinding rahim untuk mengeluarkan bayi satu atau lebih (Endarwati *et al.*, (2024). Persalinan *sectio caesarea* dilakukan saat kelahiran melalui vagina tidak dapat dilakukan oleh beberapa masalah baik dari ibu maupun bayi (Siagian *et al.*, 2023). *sectio caesarea* adalah bentuk pembedahan buatan, dengan cara janin dilahirkan melalui dinding perut dan rahim dengan rahim keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram (Azizah & Murniasih, 2023).

Pengertian dari *sectio caesarea* dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah bantuan jalan lahir yang dilakukan melalui pembelahan dinding perut dan dinding rahim sehingga dapat mengeluarkan satu bayi atau lebih dari perut ibu, dengan rahim keadaan utuh dalam keadaan bobot janin diatas 500 gram.

2. Etiologi

Penyebab *sectio caesarea* menurut (Siagian *et al.*, 2023). Yaitu :

1. CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*)

Istilah *Cephalo Pelvic Disproportion* berasal dari *Cephalo* (kepala) dan *Pelvic* (panggul). oleh karna itu *Cephalo Pelvic Disproportion* dapat diartikan dimana kondisi kepala bayi tidak mampu melewati panggul atau jalan lahir seorang ibu untuk melahirkan secara normal, penyebab yang dialami CPD biasanya janin terlalu besar yang beratnya lebih dari 4.000 gram, posisi janin tidak normal bisa jadi juga penyebabnya karena posisi janin

yang tidak normal akan lebih sulit untuk melewati panggul dalam persalinan normal.

2. PEB (Preeklampsia Berat)

Preeklampsia berat adalah kesatuan penyakit yang disebabkan langsung oleh kehamilan, penyebab terjadinya masih belum terlalu jelas. Preeklampsia bisa menjadi penyebab kematian seorang ibu hamil yang paling penting. Oleh sebab itu diagnosa dini sangatlah penting, untuk mengenali dan mengobati agar tidak terjadinya eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini terjadi ketika sebelum tanda-tanda persalinan dan satu jam belum terjadi proses persalinan (*Inpartu*). Ketuban pecah dini adalah suatu hal penting dalam persalinan karena dapat menyebabkan komplikasi kelahiran secara premature dan terjadinya peningkatan risiko infeksi. Ketuban pecah dini biasanya terjadi pada kehamilan diatas 37 minggu atau bisa juga dibawah 36 minggu.

4. Bayi Kembar

Tidak semua bayi kembar dilahirkan secara *sectio caesarea*. Kelahiran bayi kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Bayi kembar dapat mengalami sungsang dan sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada saat jalan lahir, misalnya jalan lahir tidak memungkinkan terjadinya pembukaan, tumor, dan adanya kelainan bawaan saat jalan lahir, tali pusat terlalu pendek dan ibu sesak napas.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Doenges, (2019) mengemukakan, manifestasi klinis *sectio caesarea* berikut :

a. Nyeri disebabkan luka

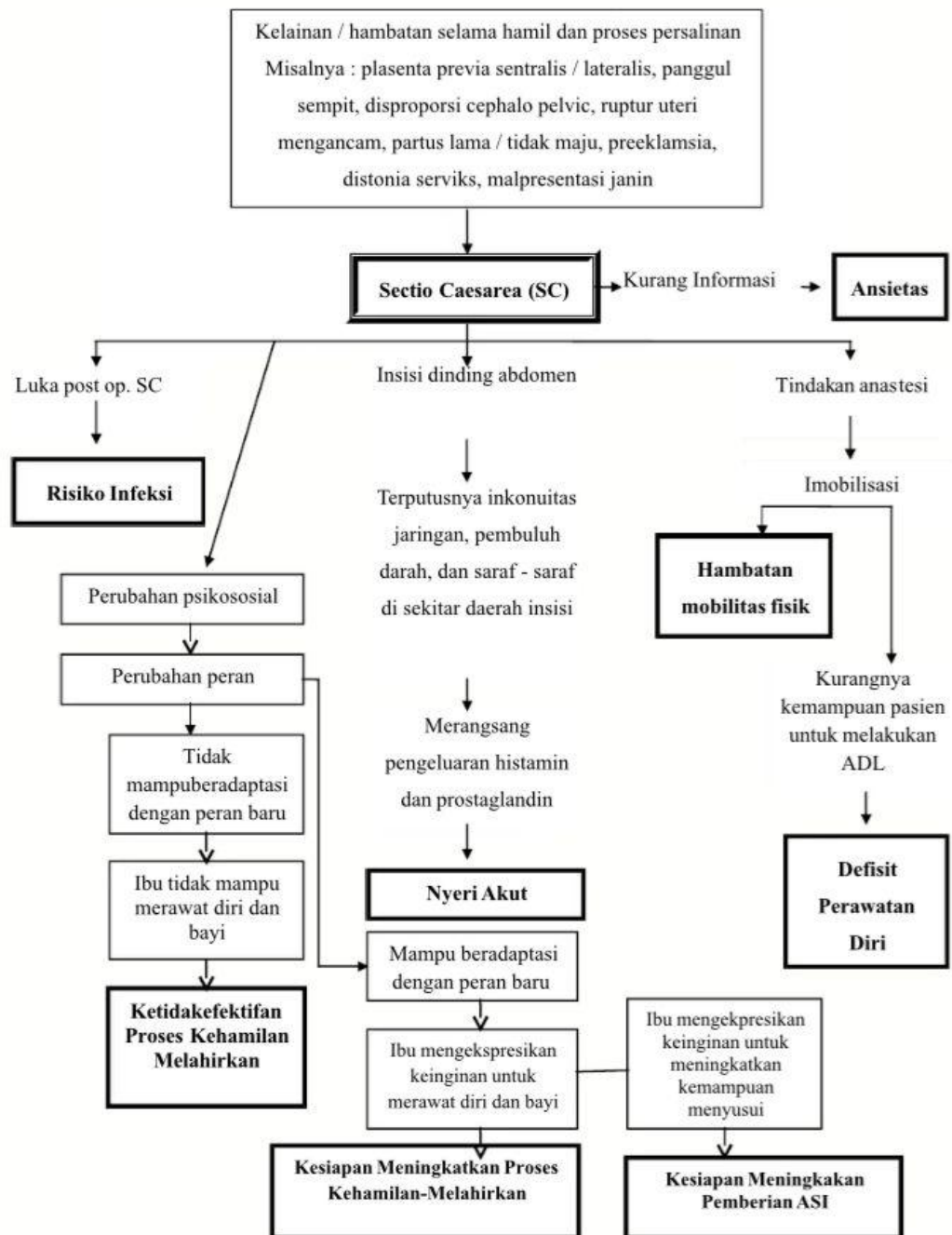
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
- c. Di umbilicus, fundus uterus terjadi kontraksi kuat
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
- e. Hilangnya darah selama masa pembedahan kurang lebih 600-800ml darah
- f. Emosi labil atau tidak mampu menghadapi kondisi baru
- g. Biasanya terpasang kateter urinarius
- h. Auskultasi usu tidak terdengar
- i. Pengaruh anestesi dapat menyebabkan mual dan muntah
- j. Status pulmonary bunyi paru jelas serta vesikuler
- k. Biasanya ada kekurangan pemahaman prosedur pada saat kelahiran yang tidak direncanakan

4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Bayi tidak dapat dilahirkan secara normal disebabkan oleh beberapa hambatan pada saat proses persalinan, penyebabnya seperti *cephalo pelvic disproportion*, preeklamsia berat, partus tidak maju, panggul sempit, plasenta previa dan lateralis. Kondisi seperti ini yang dapat dilakukan pembedahan *sectio caesarea*. Ibu pasien mengalami intoleransi aktivitas setelah prosedur operasi pertama, dan terjadinya imobilisasi. Masalah kekurangan perawatan diri muncul saat pasien mengalami kelemahan fisik tidak dapat melakukan kegiatan perawatan diri secara mandiri dari pasien. Pasien juga dapat mengalami ansietas ketika mereka tidak tahu bagaimana proses pembedahan, penyembuhan, dan perawatan setelah operasi. Saat proses pembedahan, tindakan insisi akan dilakukan pada dinding abdomen, yang menyebabkan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di daerah insisi terputus. Setelah pembedahan *sectio caesarea* selesai, histamin dan prostaglandin dilepaskan, yang akan menyebabkan rasa nyeri dan sakit. Setelah pembedahan selesai, daerah insisi ditutup, akan menimbulkan

luka post op, jika tidak dirawat secara rutin dan baik dapat menyebabkan luka itu infeksi (Astuti, 2019).

Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2016

5. Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi *sectio caesarea* menurut (Siagian *et al.*, 2023).

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan lebih besar untuk jalan keluarnya bayi. Tetapi sayatan klasik sekarang sudah jarang dilakukan karena berisiko terjadinya komplikasi.

b. *Sectio Caesarea* Mendatar

Sayatan mendatar bagian atas dari kandung kemih (vesika urinaria). Metode sayatan mendatar meminimalkan resiko terjadinya pendarahan dan penyembuhannya yang cepat.

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Bedah caesarea yang diikuti dengan pengangkatan rahim. Biasa dilakukan saat Dimana pendarahan yang sulit ditangani atau plasenta (ari-ari) tidak dapat dipisahkan dari rahim.

d. *Sectio Caesarea* Extraperitoneal

Yaitu *sectio caesarea* yang berulang yang sebelumnya sudah pernah melakukan *sectio caesarea*. Dilakukan diatas bekas sayatan yang lama. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan dengan dinding dan abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk membuka segmen uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstrapertoneum.

6. Faktor Resiko

Faktor resiko pasien yang menjalani *sectio caesarea* meliputi :

a. Faktor pada ibu

1. Usia ibu : ibu dengan usia diatas 35 tahun atau di bawah 20 tahun memiliki resiko komplikasi kehamilan dan persalinan yangn lebih tinggi, termasuk resiko *sectio caesarea*

2. Paritas (jumlah anak) : ibu yang telah memiliki banyak anak (paritas tinggi) atau belum pernah melahirkan (primigravida) memiliki resiko *sectio caesarea* yang lebih tinggi
 3. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya : merupakan faktor resiko utama terjadinya plasenta akreta, yaitu kondisi dimana plasenta melekat kuat pada dinding rahim, yang dapat menyebabkan perdarahan berat
 4. Penyakit penyerta : ibu yang memiliki penyakit seperti preeklamsia, diabetes, atau penyakit jantung memiliki resiko komplikasi persalinan yang lebih tinggi, termasuk *sectio caesarea*
- b. Kondisi janin
1. Plasenta previa : kondisi plasenta menutupi jalan lahir menyebabkan perdarahan berat dan memerlukan *sectio caesarea*
 2. Ketuban pecah dini : pecahan ketuban sebelum waktunya tiba dapat meningkatkan resiko infeksi dan memerlukan *sectio caesarea*
 3. *Dystocia* (gangguan persalinan) : dapat terjadi karena berbagai faktor seperti panggul sempit atau kesulitan persalinan pada ibu yang sebelumnya pernah mengalami kelahiran *sectio caesarea*

7. Komplikasi

komplikasi yang dapat terjadi pada pasien post *sectio caesarea* Menurut Chamberlain (2012). yaitu, pendarahan, infeksi, gumpalan darah (thrombus), ileus. Perdarahan yang banyak timbul saat waktu pembedahan jika cabang lain dari arteri ikut terbuka juga maka terjadi komplikasi lain yang timbul, seperti luka pada kandung kemih, penyumbatan pembuluh darah pada bagian paru-paru, dan resiko resiko 8x lebih tinggi dibandingkan setelah persalinan melalui vagina. Biasanya komplikasi ini lebih sering ditemukan setelah melakukan *sectio caesarea*.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada pasien ibu post op *sectio caesarea* adalah :

a. Pemberian cairan

Saat 6 jam pertama pasien dianjurkan puasa sebelum operasi, maka dari itu pemberian cairan perintravena sangat dianjurkan, cairan yang masuk harus cukup banyak dan didalam cairan itu mengandung elektrolit agar tidak terjadinya hipotermi. Dehidrasi, dan komplikasi diarea organ tubuh yang lain. Cairan yang diberikan kepada pasien biasanya DS 10%, garam fisiologis dan cairan RL secara bergantian dan jumlah tetesan harus sesuai dengan kebutuhan. Apabila kadar Hb rendah maka diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien flatulans dan dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Saat pemberian minuman yang sedikit sudah boleh pada 6-8 jam pasca operasi, diberikan berupa minuman air putih dan teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan dengan cara yang bertahap yaitu :

1. Miring kanan dan kiri dilakukan sejak 6-10 jam setelah dilakukan operasi
2. Latihan pernafasan dapat dilakukan pasien saat tidur terlentang setelah pasien sadar.
3. Hari kedua post op, pasien dapat diajarkan duduk selama 5 menit dan dianjurkan untuk bernafas dalam lalu dihembuskan
4. Posisi tidur pasien terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler)

5. Selama berturut-turut, pasien dianjurkan untuk belajar duduk, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri saat hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi

d. Katerisasi

Saat kandung kemih terasa penuh akan menimbulkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, dan ketika kandung kemih penuh juga dapat menghalangi involusi uterus dan dapat menyebabkan perdarahan. Kateter terpasang selama 24-48 jam / lebih lama tergantung jenis operasi.

e. Pemberian obat-obatan

1. Antibiotic

Pemberian sangat berbeda setiap institusi dan diberikan sesuai resep dokter

2. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan *supositoria* (ketoprofen sup 2x / 24 jam), oral (tramadol tipa / paracetamol 6 jam), injeksi pentidine 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

3. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum pasien diberikan caboransia seperti neurobion I vit.c

f. Perawatan luka

Kondisi balutan luka setelah pasien post operasi *sectio caesarea* dilihat pada 1 hari post operasi, bila luka basah dan berdarah harus dibuka dan diganti balutannya

g. Perawatan rutin

Yang harus diperhatikan saat pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan pasien.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional tidak nyaman yang diakibatkan kerusakan jaringan (rahayu & notesya, 2023). Nyeri juga dapat di artikan kerusakan jaringan dari tingkat ringan hingga berat yang menyebabkan persepsi tidak nyaman (Insani & Ramdhani, 2022).

2. Etiologi

nyeri dapat dikategorikan ke dalam 2 kategori yaitu nyeri fisik dan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologi (Dyah Permata, 2018).

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Kelemahan

Kelemahan meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan mengatasi masalah apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar.

b. Jenis kelamin

Perempuan dianggap lebih mudah merasakan nyeri dibandingkan laki-laki. Kondisi hormonal pada perempuan juga turut mempengaruhi nyeri (Rasyidah AZ, 2019).

c. Usia

Usia akan mempengaruhi terhadap nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan.

d. Faktor psikologis

Faktor psikologis mempengaruhi ekspresi tingkah laku dan ikut serta dalam persepsi nyeri (Dyah Permata, *et al.*, 2018).

4. Jenis nyeri

Menurut Li, (2010) ada beberapa jenis nyeri yaitu :

a. Nyeri nosiseptif

Ketidaknyamanan akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lendir. Keluhan ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir.

b. Nyeri neurogonik

Nyeri dikarenakan disfungsi primer system saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan.

c. Nyeri psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia.

5. Bentuk nyeri

Menurut Bahrudin, (2018) bentuk nyeri dibagi 2 :

a. Nyeri akut

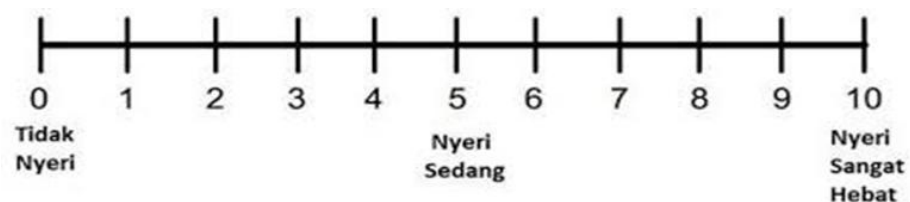
Keluhan nyeri dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan intensitas nyeri ringan sampai berat dan dialami < 3 bulan.

b. Nyeri kronis

Keluhan nyeri dirasakan akibat kerusakan jaringan secara mendadak maupun lambat dengan aktual atau potensial.

6. Pengukuran nyeri

Klien diminta untuk menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Digunakan efektif untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah dilakukan intervensi, dikarenakan selisih antara penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui (Labibah, 2022).



Gambar 2.2 Skala Numeric Rating Scale

C. Konsep Murottal Qur'an

1. Pengertian Murottal qur'an

Murottal qur'an merupakan suara yang dilagukan oleh seorang qori (pembaca al qur'an) dengan rekaman murottal (Adolph, 2016). Murottal qur'an adalah ayat qur'an yang dibaca dengan menggunakan tajwid yang baik dan benar serta berirama oleh seorang qori.

2. Tujuan murottal qur'an

- a. Mengurangi kecemasan
- b. Mengembalikan keseimbangan sel
- c. Menstabilkan tanda-tanda vital
- d. Menurunkan tingkat nyeri
- e. Meningkatkan memori otak

3. Pengaruh murottal qur'an

Menurut Rochmawati (2019) menyatakan bahwa pengaruh membaca dan mendengarkan murottal qur'an dapat meningkatkan kekebalan tubuh, peningkatan kapasitas untuk berinovasi, peningkatan kemampuan focus, perubahan signifikan dalam perilaku, kondisi jiwa, mampu mengontrol emosi, marah dan ceroboh, menghilangkan rasa khawatir, menyembuhkan penyakit yang umum seperti : alergi, pilek dan sakit kepala, mencegah penyakit ganas seperti : kanker, menghentikan kebiasaan merokok, meningkatkan kemampuan berbicara dan kecepatan berbicara, merubah kebiasaan buruk.

4. Cara penerapan murottal qur'an

Penerapan murottal qur'an dilakukan 6 jam setelah diberikan terapi analgesik, kemudian dilakukan pre-test, setelah itu dilakukan terapi murottal qur'an yang diaplikasikan menggunakan headset selama 10 menit, dilakukan ketika nyeri timbul. Media yang digunakan headset dan Mp3 (Fitriani, 2016).

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan yang harus dilakukan dan merupakan proses yang sistematis saat pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Rachmayani, 2015).

a. Pengumpulan data

- 1) Nama : untuk mengetahui nama pasien dan mempermudah dalam komunikasi dalam pengkajian.
- 2) Umur : apakah umur pasien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak.
- 3) Agama : keyakinan individu dalam proses kesembuhan.
- 4) Alamat : untuk mempermudah pertolongan persalinan dan mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.
- 5) Suku bangsa : ras, etnis, dan keturunan biasanya diidentifikasi dalam memberi perawatan yang peka budaya pada pasien
- 6) Pendidikan : mengetahui tingkat pengetahuan pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami.
- 7) Pekerjaan : mengkaji potensial kelahiran, premature dan perjalanan terhadap bahaya lingkungan kerja.
- 8) Nomor register : mempermudah dalam melihat riwayat perawatan terdahulu.

b. Keluhan utama

Pasien post op *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka bekas sayatan operasi.

1. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit yang dirasakan pasien post *sectio caesarea*

P: Nyeri karena adanya luka post op *sectio caesarea*

Q: Nyeri seperti disayat-sayat

R: Nyeri pada daerah jahitan (diatas simpisis pubis)

S: Nyeri ringan (1-3), sedang (4-6), berat (7-10)

T: Nyeri hilang timbul

b) Riwayat kesehatan terdahulu

Menanyakan pasien apakah pernah mengalami operasi *sectio caesarea* sebelumnya, adakah riwayat penyakit sebelumnya seperti jantung, hipertensi, DM dan lainnya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan apakah keluarga memiliki riwayat penyakit kronis, seperti jantung, hipertensi, DM serta penyakit yang menular seperti TBC, hepatitis.

2. Riwayat Obstetri

Menanyakan apakah pernah mengalami kehamilan, persalinan, abortus dengan kode GxPxAx.

3. Riwayat Kontrasepsi

Menanyakan apakah pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah saat pemakaian kontrasepsi dan setelah nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan suhu, tekanan darah, nadi, respirasi, kesadaran dan keadaan umum.

b) Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan meliputi kepala, rambut, wajah, mata, hidung, telinga, leher, dan mulut sampai gigi.

c) Pemeriksaan Dada

Pemeriksaan meliputi inspeksi. Palpasi, perkusi dan auskultasi dada.

d) Payudara

Apakah isi pada payudara mengalami bendungan, atau asi keluar hanya sedikit atau asi tidak keluar sama sekali.

e) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi luka operasi apakah mengalami infeksi atau tidak, seberapa panjang dan lebar luka, serta adakah perdarahan.

f) Genetalia

Memeriksa adanya hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah dan konsistensinya, serta perdarahan pervagina.

g) Anus terdapat hemoroid atau tidak.

h) Intergumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur

i) Ekstermitas apakah terdapat varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis.

j) Pola kesehatan fungsional

k) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena keinginan untuk menyusui bayinya.

l) Pola aktivitas

Pada pasien post *sectio caesarea* aktivitas masih terbatas, ambulasi secara bertahap, dilakukan 6 jam pertama dengan miring kanan kiri.

m) Pola eliminasi

Sering terjadi konstipasi sehingga pasien post *sectio caesarea* takut untuk buang air besar.

- n) Istirahat dan Tidur, terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur
- o) Pola Sensori, Merasa nyeri pada luka post *sectio caesarea*

2. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan yang tertulis menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan pasien. Tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan secara spesifik (Rachmayani, 2015).

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut b.d agen pecendera fisik d.d luka post op <i>sectio caesarea</i> (D.007)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan (L.08066) 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisan menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Menarik diri menurun 8. Berfokus pada diri sendiri menurun 9. Diaphoresis menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 12. Anoreksia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Uterus teraba membulat menurun 15. Ketegangan otot menurun 16. Pupil dilatasi menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi murottal qur'an yang sudah diberitahu Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk

	17. Muntah menurun 18. Pola nafas membaik 19. Frekuensi nafas membaik 20. Tekanan darah membaik 21. Focus membaik 22. Proses berfikir membaik 23. Fungsi berkemih membaik 24. Prilaku membaik 25. Nafsu makan membaik 26. Pola tidur membaik	meredakan nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , pijat, aromaterapi, teknik imajinasi,terbimbing, kompres hangat atau dingin) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	---	--

Tabel 2.1 Perencanaan keperawatan

Sumber : PPNI, SDKI (2016), SLKI (2018) dan SIKI (2018) SLKI (2018) dan SIKI (2018)

Intervensi keperawatan secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara teknik non farmakologis secara mandiri dirumah salah satunya adalah terapi murottal qur'an. Efek murottal qur'an dapat melebarkan pembuluh darah dan mengurangi rasa nyeri sehingga nyeri berkurang (Insani & Ramdhani, 2022).

hasil penelitian Wahyuningsih, (2021) dalam Khayati, (2021) didapatkan terapi murottal qur'an dapat menurunkan skala nyeri pasien post *sectio caesarea* dari skala 5 menjadi 4. Hal ini terjadi karena musik memproduksi zat endorphen dan bekerja pada sistim limbik dihantarkan kepada sistem saraf dan merangsang organ tubuh untuk memproduksi sel yang rusak akibat pembedahan sehingga nyeri berkurang dan bisa menimbulkan efek tenang bagi siapapun yang mendengarkannya.

Hasil penelitian yang meneliti efektifitas terapi murottal qur'an dengan terapi musik klasik pada pasien post *sectio caesarea* didapatkan hasil bahwa terapi murottal qur'an lebih membantu mengatasi nyeri post *sectio caesarea* dibandingkan terapi musik klasik (Wahida *et al.*, 2019).

3. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari rangkaian proses keperawatan yang mengukur keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan prosedur keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan,(2017) dalam Ratnasari,(2020) .