

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Sectio Caesaria

2.1.1 Pengertian *Sectio Caesaria*

Bedah caesar (bahasa Inggris : *caesarean section* atau *cesarean section* dalam Inggris-Amerika), disebut juga dengan c-section (disingkat dengan CS) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi. Bedah caesar umumnya dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena berisiko kepada komplikasi medis lainnya. Sebuah prosedur persalinan dengan pembedahan umumnya dilakukan oleh tim dokter yang beranggotakan spesialis kandungan, spesialis anak, spesialis anastesi serta bidan. (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015)

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina.

Ada beberapa istilah dalam *Sectio Caesarea* (SC) yaitu :

2.1.1.1 *Sectio Caesarea Primer* (elektif)

SC primer bila sejak mula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan dengan cara SC

2.1.1.2 *Sectio Caesarea Sekunder*

SC sekunder adalah keadaan ibu bersalin dilakukan partus percobaan terlebih dahulu, jika tidak ada kemajuan (gagal) maka dilakukan SC.

2.1.1.3 *Sectio Caesarea Ulang*

Ibu pada kehamilan lalu menjalani operasi SC dan pada kehamilan selanjutnya juga dilakukan SC

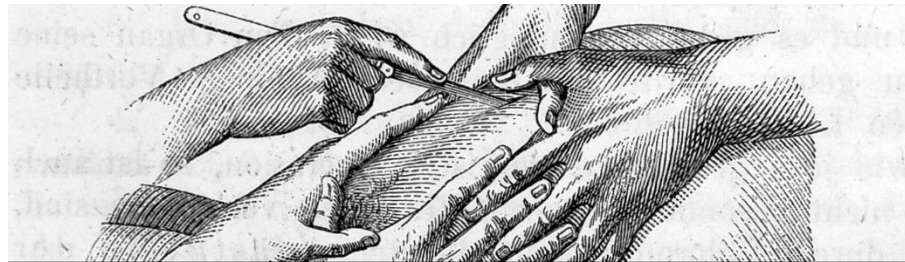
2.1.1.4 *Sectio Caesarea Histerektomi*

suatu operasi yang meliputi kelahiran janin dengan SC yang secara langsung diikuti histerektomi karena suatu indikasi.

2.1.1.5 Operasi *Porro*

Merupakan suatu operasi dengan kondisi janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri dan langsung dilakukan histerektomi. Misalnya pada keadaan infeksi rahim yang berat.

(Mochtar, 2012)



Gambar 2.1 *Sectio Caesarea*

2.1.2 Jenis Persalinan dengan Operasi *Sectio Caesarea*

Ada beberapa jenis “*caesarean sections*” (CS) :

- 2.1.2.1 Jenis klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan hari ini karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.
- 2.1.2.2 Sayatan mendatar di bagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya perdarahan dan cepat penyembuhannya.
- 2.1.2.3 *Histerektomi caesar* yaitu bedah caesar diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus

di mana perdarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

- 2.1.2.4 Bentuk lain dari bedah caesar seperti *extraperitoneal CS* atau *Porro CS*

(Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015)

2.1.3 Indikasi Persalinan dengan Operasi *Sectio Caesarea*

Dokter spesialis kebidanan akan menyarankan bedah caesar ketika proses kelahiran melalui vagina kemungkinan akan menyebabkan risiko kepada ibu atau bayi. Hal-hal lainnya yang dapat menjadi pertimbangan disarankannya bedah caesar antara lain :

- 2.1.3.1 Proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*dystosia*)
- 2.1.3.2 Detak jantung janin melambat (*fetal distress*)
- 2.1.3.3 Adanya kelelahan persalinan
- 2.1.3.4 Komplikasi pre-eklampsia
- 2.1.3.5 Putusnya tali pusar
- 2.1.3.6 Sang ibu menderita herpes
- 2.1.3.7 Risiko luka pada rahim
- 2.1.3.8 Persalinan kembar (masih dalam kontroversi)
- 2.1.3.9 Sang bayi dalam posisi sungsang atau menyamping
- 2.1.3.10 Kegagalan persalinan dengan induksi
- 2.1.3.11 Kegagalan persalinan dengan alat bantu (*forceps* atau *ventouse*)
- 2.1.3.12 Bayi besar (*makrosomia* – berat badan lahir lebih dari 4,2 kg)
- 2.1.3.13 Masalah plasenta seperti plasenta previa (ari-ari menutup jalan lahir), *plasenta abruption* atau *plasenta accreta*.
- 2.1.3.14 Kontraksi pada pinggul
- 2.1.3.15 Sebelumnya pernah menjalani bedah caesar (masih dalam kontroversi)

- 2.1.3.16 Sebelumnya pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum (oleh proses persalinan sebelumnya atau penyakit Crohn)
- 2.1.3.17 Angka D-dimer tinggi bagi ibu hamil yang menderita sindrom antibodi antifosfolipid
- 2.1.3.18 CPD atau *cephalo pelvic disproportion* (proporsi panggul dan kepala bayi tidak pas, sehingga persalinan terhambat)
- 2.1.3.19 Kepala bayi jauh lebih besar dari ukuran normal (*hidrosefalus*)
- 2.1.3.20 Ibu menderita hipertensi (penyakit tekanan darah tinggi)
(Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015)

2.1.4 Teknik Pembiusan dan Prosedur Tindakan Operasi

2.1.4.1 Teknik Pembiusan

Sebelumnya, dibiuis oleh dokter ahli anastesi agar tidak merasakan rasa nyeri. Cara pembiusan ada dua macam, yaitu secara regional atau bius umum. Sang ibu umumnya akan diberikan anastesi lokal (*spinal* atau *epidural*), yang memungkinkan sang ibu untuk tetap sadar selama proses pembedahan dan untuk menghindari si bayi dari pembiusan. Pada masa sekarang ini, anastesi umum untuk bedah *caesar* menjadi semakin jarang dilakukan karena pembiusan lokal lebih menguntungkan bagi sang ibu dan si bayi. Pembiusan umum dilakukan apabila terjadi kasus-kasus beresiko tinggi atas kasus darurat. Pembiusan secara regional dilakukan pada daerah tulang belakang. Cara ini disebut anastesi *spinal*. Ibu masih sadar namun bagian perut hingga kaki tidak dapat merasakan apapun. Kemudian, sayatan pada bagian perut pun dimulai. Pertama adalah menyayat dinding perut bagian bawah sepanjang kurang lebih 20 cm. Dilanjutkan dengan menyayat dinding sampai

bayi tampak. Bayi pun dikeluarkan perlahan dilanjutkan dengan plasenta dan tali pusat. Jika tidak ada komplikasi, semua proses ini memerlukan waktu kurang lebih 20/30 menit, ibu segera pulih pasca operasi. Pembiusan secara umum, pada keadaan ini ibu tidak sadar. Pembiusan dilakukan dengan cara memasang alat bantu napas yang disebut intubasi. Selama pembiusan, sistem pernapasan ibu dibantu dan dimonitoring dengan alat. Pembiusan secara umum dilakukan jika kondisi tidak memungkinkan untuk dilakukan bius regional/spinal (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015).

2.1.4.2 Prosedur Operasi *Caesar*

Paling sering dibuat sayatan horizontal (mendatar) pada kulit diperut bagian bawah, kadang dilakukan sayatan vertikal, tergantung situasi dan penyulit saat operasi dilakukan, biasanya otot perut tidak perlu dipotong. Selanjutnya dilakukan insisi/sayatan pada rahim, cairan amnion di isap, dan bayi ditarik keluar dengan hati-hati. Biasanya operasi ini dilakukan oleh dua orang dokter, seorang dokter ahli obstetri dan seorang dokter asisten. Ketika bayi keluar, tali pusat dijepit dan dipotong, lalu plasenta di keluarkan, dan rahim diperiksa secara menyeluruh. Jika tidak ada riwayat operasi caesar yang menyebabkan perletakan pada rahim atau pengangkatan tumor dirahim sebelumnya, maka sampai pada tindakan ini diperlukan sekitar waktu 15 menit. Setelah bayi lahir, plasenta dikeluarkan. Setelah bayi dan plasenta lahir, dokter akan menjahit jaringan yang dipotong tadi. Diperlukan waktu sekitar 30 menit, total tindakan memakan waktu sekitar 60 menit. Jika ibu pernah dioperasi caesar sebelumnya waktu yang dibutuhkan lebih lama, tergantung

situasi dan dokter yang menangani. Pada persalinan kembar, butuh waktu 5 menit setiap kali mengeluarkan bayi. (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015)

2.1.5 Risiko dan Perawatan Pascaoperasi

2.1.5.1 Risiko dan dampak

Data statistik dari 1990-an menyebutkan bahwa kurang dari 1 kematian dari 2.500 yang menjalani bedah caesar, dibandingkan dengan 1 dari 10.000 untuk persalinan normal. Akan tetapi angka kematian untuk kedua proses persalinan tersebut menurun sekarang ini. Badan kesehatan Britania Raya menyebutkan resiko kematian ibu yang menjalani bedah *caesar* adalah tiga kali resiko kematian ketika menjalani persalinan normal. Akan tetapi, adalah tidak mungkin untuk membandingkan secara langsung tingkat kematian proses persalinan normal dan proses persalinan dengan bedah *caesar* karena ibu yang menjalani pembedahan adalah mereka yang memang sudah beresiko dalam kehamilan (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015).

Bayi yang lahir dengan persalinan bedah *caesar* seringkali mengalami masalah bernafas untuk pertama kalinya. Sering pula bayi menjadi tidak menangis atau mengantuk dikarenakan obat penangkal nyeri yang diberikan kepada sang ibu (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015).

Infeksi post partum adalah infeksi yang terjadi setelah ibu melahirkan. Keadaan ini ditandai oleh peningkatan suhu

tubuh, yang dilakukan pada dua kali pemeriksaan, selang waktu enam jam dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Jika suhu tubuh mencapai 38 derajat celsius dan tidak ditemukan penyebab lainnya (misal bronchitis), maka dikatakan bahwa telah terjadi infeksi post partum. Infeksi yang secara langsung berhubungan dengan proses persalinan adalah infeksi pada rahim, daerah sekitar rahim, atau vagina. Infeksi ginjal juga terjadi segera setelah persalinan. (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015).

Beberapa keadaan pada ibu yang mungkin dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi post partum, antara lain operasi caesar. Gejalanya antara lain menggigil, sakit kepala, merasa tidak enak badan, wajah pucat, denyut jantung cepat, peningkatan sel darah putih, rasa nyeri jika bagian perut ditekan, dan cairan yang keluar dari rahim berbau busuk. Jika infeksi menyerang jaringan disekeliling rahim, maka nyeri dan demamnya lebih hebat. (Purwoastuti, Th. Endang & Elisabeth Siwi Wilyani, 2015).

2.1.5.2 Perawatan Pascaoperasi

Perawatan pasca operasi sangat diperlukan untuk mengembalikan kondisi kebugaran tubuh seperti sedia kala. Pada hari pertama setelah operasi, si ibu biasanya wajib menjalani program rawat inap. Apabila diperlukan, pihak medis akan memberikan beberapa jenis obat yang berdosisi rendah (yang tidak menimbulkan efek samping berkelanjutan) sebagai salah satu media terapi. Selain itu pihak dokter pada umumnya baru akan mengijinkan yang bersangkutan untuk mengkonsumsi makanan-makanan

yang sifatnya berat atau padat setelah 24 jam pasca operasi. Bahkan ada beberapa kasus dimana si pasien harus menunda waktu makannya hingga usus mampu berfungsi dengan normal kembali, biasanya ditandai dengan keluarnya gas lewat saluran pembuangan (buang angin atau kentut).

Pada hari kedua dan seterusnya kondisi berangsur-angsur mulai membaik meskipun biasanya sedikit mengalami perasaan tidak nyaman, terutama pada bagian perut. Sebernarnya ini merupakan pertanda baik bahwa organ pencernaan si pasien sudah kembali beraktifitas secara normal setelah mengkonsumsi beberapa macam obat jenis antibiotik sebagai penghilang rasa sakit dan nyeri. Periode pengambilan kondisi fisik bagi tiap-tiap orang berbeda tergantung dari seberapa besar daya tahan tubuh dan efek dari kinerja obat yang dikonsumsi. Ada yang hanya menjalani perawatan pasca operasi *caesar* selama beberapa hari, bahkan adapula yang harus melewati proses mediasi hingga berminggu-minggu lamanya.

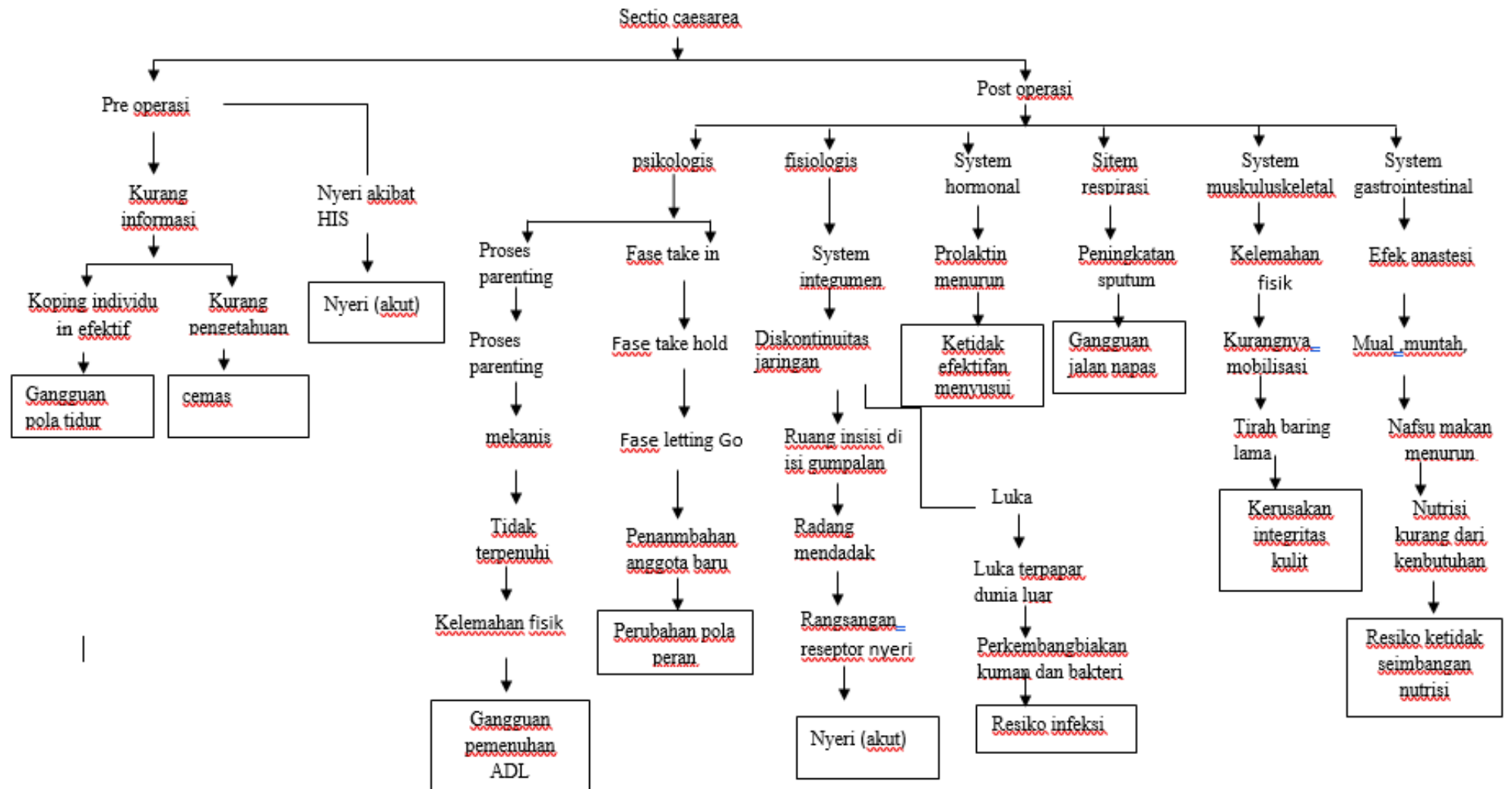
Ada kalanya dokter akan memantau kondisi terakhir pasiennya, dan apabila dinyatakan sudah stabil, maka pihak medis tentunya akan memperbolehkan untuk pulang. Pastikan pula untuk melakukan check up secara rutin untuk memeriksakan kondisi terkini si ibu.

2.1.5.3 Proses penyembuhan

Pada hari pertama setelah melahirkan, jika diperlukan, ibu diberikan obat dalam dosis rendah. Beberapa dokter akan memperbolehkan ibu mulai makan padat dalam 24 jam pertama. Adapula yang menunggu sampai ibu buang angin

(kentut) yang menandakan bahwa usus sudah berfungsi normal. Pada hari kedua, ibu akan merasa tidak nyaman pada perut. Hal ini terjadi karena organ pencernaan kembali beraktivitas secara normal setelah mendapat obat penghilang rasa sakit yang menghentikan aktivitasnya. Kesembuhan masing-masing ibu berbeda tergantung dari daya tahan dan efek obat bius yang digunakan. Jika selama pemantauan kondisi stabil, maka dokter akan mengizinkan ibu pulang. Jangan lupa kontrol kembali ke dokter, kira-kira setelah dua minggu.

2.1.6 Pathway Sectio Caesarea

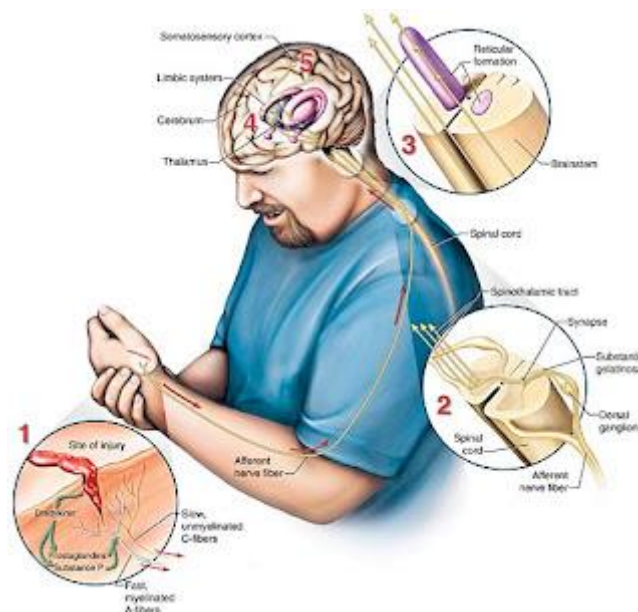


2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Pengertian Nyeri

Bagi tenaga kesehatan, definisi tentang nyeri sangat penting untuk dipahami dan dikomunikasikan ke pasien terutama ketika mengkaji tentang nyeri serta penanganannya. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau dijelaskan dalam hal kerusakan tersebut. Nyeri adalah sensasi pribadi dan internal yang tidak dapat diamati atau diukur secara langsung; pengukurannya tergantung respons subjektif dari orang yang mengalaminya. (Swarjana, I Ketut, 2022)

Nyeri adalah sesuatu yang abstrak yang ditimbulkan oleh adanya perasaan terluka pada diri seseorang misalnya, adanya stimulus yang merusak jaringan tubuh dan nyeri merupakan pola respon yang dilakukan seseorang untuk melindungi organisme dari kerusakan (Mustari, Muhammad Ichsan, 2017)



Gambar 2.2 Nyeri

2.2.2 Jenis Nyeri

2.2.2.1 Nyeri akut

Nyeri akut berhubungan dengan cedera atau penyakit akut. Nyeri akut sering kali secara *temporal* dihubungkan dengan cedera atau timbulnya penyakit sehingga kebanyakan orang menganggap nyeri sebagai bagian dari cedera atau proses penyakit. Nyeri akut adalah nyeri dengan onset baru-baru ini dan kemungkinan durasinya terbatas. Nyeri akut biasanya memiliki hubungan temporal dan kausal yang dapat diidentifikasi dengan cedera atau penyakit. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.2.2 Nyeri Kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang bertahan selama lebih dari tiga bulan atau melewati waktu penyembuhan yang diharapkan setelah cedera atau sakit. Nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung untuk jangka waktu yang lama dan bertahan di luar waktu penyembuhan cedera. Sering kali tidak penyebab yang dapat diidentifikasi dengan jelas. Nyeri yang telah berlangsung 6 bulan atau lebih, berlangsung setiap hari, disebabkan oleh penyebab yang tidak mengancam, tidak merespons metode pengobatan yang tersedia saat ini dan dapat berlanjut selama sisa hidup pasien. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.3 Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan kualitas nyeri, keparahan nyeri dan periode menurut Swarjana, I Ketut (2022) :

Tabel 2.1 Klasifikasi Nyeri

Kualitas	Deskripsi
<i>Sharp</i>	Nyeri tajam, nyeri yang menempel alami dan sifatnya intens
<i>Dull</i>	Nyeri yang tidak intens atau akut, seperti nyeri tajam, mungkin lebih mengganggu. Lebih menyebar daripada nyeri tajam
<i>Diffuse</i>	Nyeri yang menutupi area yang luas. Biasanya, pasien tidak menunjuk ke area tertentu tanpa menggerakkan tangan ke permukaan yang luas, seperti nyeri seluruh perut
<i>Shifting</i>	Nyeri yang berpindah dari suatu area ke area lain, seperti nyeri perut bagian bawah, dan nyeri pindah ke area di atas perut
Istilah lain yang digunakan untuk menggambarkan kualitas nyeri termasuk rasa sakit, menyengat, mencubit, kram, menggerogoti, memotong, berdenyut, membaik, dan tekanan	
Keparahan	
1 <i>Slight/mild</i> 2 <i>Moderate</i> 3 <i>Severe/excruciating</i>	Istilah-istilah ini tergantung pada interpretasi nyeri. Tanda-tanda perilaku dan fisiologis membantu mengkaji keparahan nyeri. Skala 1 sampai 10 1. Nyeri ringan antara 1 sampai 3 2. Nyeri sedang antara 4 dan 7 3. Nyeri parah, antara 8 dan 10
Periodik	
<i>Continuous</i>	Nyeri yang tidak berhenti
<i>Intermittent</i>	Nyeri yang berhenti dan mulai lagi
<i>Brief or transient</i>	Nyeri yang berlalu dengan cepat

2.2.4 Sumber nyeri

Sumber atau tempat nyeri memberikan klasifikasi nyeri yang lain.

Sumber nyeri mempengaruhi sejumlah reaksi tubuh terhadap nyeri.

2.2.2.1 Nyeri kulit (*cutaneous pain*) dihasilkan oleh stimulus reseptor sejumlah besar reseptor di kulit. Contohnya adalah rasa sakit akibat luka bakar tingkat pertama

2.2.2.2 Nyeri somatik (*somatic pain*) dihasilkan oleh stimulasi reseptor nyeri di struktur dalam, yaitu otot, tulang, sendi, sendi, tumpul, intens, dan berkepanjangan. Contohnya adalah rasa sakit yang disebabkan oleh patah tulang pergelangan kaki.

2.2.2.3 Nyeri visceral (*visceral pain*) adalah yang dihasilkan oleh stimulasi reseptor nyeri di visera. Nosiseptor visceral terletak di dalam organ tubuh dan rongga internal. Ini kurang terlokalisasi dan sering menyebar ke tempat lain. Contohnya nyeri jenis ini adalah iskemia miokard yang sering dirasakan pada lengan kiri atas atau bahu

2.2.2.4 Nyeri kanker (*cancer pain*)

Nyeri pada kanker berasal dari berbagai sumber, nosiseptif dan neuropatik; itu mungkin juga timbul sebagai akibat dari terapi dan mungkin ada beberapa masalah nyeri

(Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.5 Durasi Nyeri

Menurut klasifikasi ini, nyeri bersifat akut atau kronis

2.2.5.1 Nyeri akut memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Ini biasanya merupakan akibat dari cedera jaringan yang telah terjadi di masa lalu. Lokasi cedera mudah dideteksi
- b. Intensitas dan efeknya mereda saat penyembuhan berlangsung
- c. Durasi paling singkat dari detik hingga bulan

2.2.5.2 Nyeri kronis memiliki karakteristik sebagai berikut :

Penyebab rasa sakit mungkin tidak jelas. Ini mungkin karena:

- a. Penyembuhan telah terjadi dan nyeri masih ada
- b. Atau sering ada pertanyaan apakah pernah ada cedera
- c. Ini telah berlangsung lebih lama daripada nyeri akut. Beberapa defisini menyarankan lebih dari tiga bulan dan yang lain lebih dari enam bulan
- d. Nyeri menetap dan/atau memburuk seiring berjalannya waktu

(Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.6 Patofisiologi

Dua kategori utama disini adalah nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Nyeri nosiseptif, dasarnya menggambarkan rasa sakit yang terjadi dalam keadaan sehat pada sistem saraf sensorik. Artinya, sistem saraf pusat, otak, dan sumsum tulang belakang, dideteksi oleh reseptor saraf serta ditransmisikan melalui neuron sensorik ke sumsum tulang belakang dan otak. Contoh nyeri nosiseptif termasuk yang terlihat setelah sayatan, seperti setelah operasi atau laserasi, atau nyeri setelah trauma, seperti patah pergelangan tangan atau bahu terkilir. Ini adalah contoh nyeri akut, tetapi nyeri kronis juga bersifat nosiseptif. Contohnya adalah osteoarthritis. Nyeri neuropatik mangacu pada nyeri di mana saraf sistem dikompromikan dalam beberapa cara. Mereka juga disebut nyeri neurogenik karena nyeri berasal dari sistem saraf. Pada nyeri ini mungkin ada kerusakan fisik pada saraf sensorik di perifer, misalnya, neuralgia pascaherpes ke saraf tulang belakang, pada beberapa nyeri punggung bawah, misalnya, ke sumsum tulang belakang atau ke otak setelah stroke (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.7 Proses nyeri

2.2.7.1 Transduksi (*Transduction*)

Aktivasi reseptor nyeri disebut sebagai transduksi. Transduksi melibatkan konversi rangsangan menyakitkan menjadi listrik impuls yang berjalan dari perifer ke sumsum tulang belakang pada punggung. Serabut saraf perifer yang mentransmisikan nyeri disebut nosiseptor. Selain itu, ketika ambang persepsi nyeri telah tercapai dan ketika ada jaringan yang terluka, diyakini bahwa jaringan yang terluka melepaskan bahan kimia yang merangsang atau mengaktifkan ujung saraf (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.7.2 Transmisi

Sensasi nyeri dari lokasi cedera atau peradangan dilakukan sepanjang jalur ke sumsum tulang belakang, kemudian kepusat yang lebih tinggi. Proses keseluruhan dikenal sebagai transmisi. Tidak ada organ atau sel nyeri tertentu di dalam tubuh. Sebaliknya, jaringan jalinan ujung saraf bebas yang tidak berdiferensiasi menerima rangsangan menyakitkan. Reseptor nyeri ujung saraf bebas termasuk aferen (serabut yang membawa impuls dari reseptor rasa sakit menuju otak) serat A-delta penghantar cepat dan serat C penghantar lambat. Serabut A-delta yang lebih besar mentransmisikan nyeri akut yang terlokalisasi dengan baik, sedangkan serabut C yang lebih kecil menyampaikan nyeri *viseral difus* yang sering digambarkan sebagai rasa terbakar dan nyeri. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.7.3 *Perception*

Persepsi nyeri melibatkan proses sensorik yang terjadi bila ada stimulus nyeri. Ini termasuk interpretasi seseorang terhadap nyeri. Ambang persepsi, ambang nyeri, adalah intensitas terendah dari suatu stimulus yang menyebabkan

subjek mengenali nyeri. Ambang batas ini adalah sangat mirip untuk semua orang, tetapi beberapa penelitian telah mencapai kesimpulan bahwa wanita memiliki ambang batas yang lebih rendah dibandingkan pria. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.7.4 *Modulation*

Proses dimana sensasi nyeri dihambat atau dimodifikasi, dikenal sebagai modulasi. Sensasi nyeri tampaknya diatur atau dimodifikasi oleh zat yang disebut neuromodulator. Neuromodulator ini bersifat endogen senyawa opioid, yang berarti mereka hadir secara alami, regulator kimia, seperti morfin di sumsum tulang belakang dan otak. Mereka tampaknya memiliki aktivitas analgesik dan mengubah persepsi nyeri. Endorfin dan enkefalin adalah neuromodulator opioid. Endorfin diproduksi di sinapsis sara di berbagai titik disepanjang jalur sistem saraf pusat. Endorfin dan enkefalin adalah bahan kimia penghambat nyeri yang kuat yang memiliki efek analgesik berkepanjangan dan menghasilkan euforia. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

2.2.8.1 Umur

Usia dapat sangat mempengaruhi persepsi klien tentang pengalaman nyeri. Bayi sensitif terhadap rasa sakit dan biasanya menunjukkan ketidaknyamanan melalui tangisan atau gerakan fisik. Balita juga menggunakan tangisan dan gerakan fisik untuk menunjukkan rasa sakit, dan mereka mulai mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk menggambarkan rasa sakit. Anak-anak sering tidak mengerti mengapa rasa sakit terjadi. Oleh karena itu, dapat

memunculkan ketakutan atau kesal dengan pengalaman nyeri. Remaja sering merasakan tekanan teman sebaya yang besar dan mungkin enggan mengaku sakit karena takut disebut lemah atau sensitif. Orang dewasa dapat melanjutkan perilaku nyeri yang mereka pelajari sebagai anak-anak dan mungkin juga enggan untuk mengakui rasa sakit atau mencari perawatan medis karena takut akan hal yang tidak diketahui atau takut akan dampak pengobatan terhadap gaya hidup mereka. Orang dewasa yang lebih tua mungkin sering mengabaikan rasa sakit mereka, melihatnya sebagai konsekuensi penuaan yang tak terhindarkan; anggota keluarga dan perawatan kesehatan mungkin tidak secara sengaja mendukung stereotip ini dan kurang responsif terhadap keluhan nyeri klien yang lebih tua. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.8.2 Pengalaman sebelumnya tentang nyeri

Pengalaman klien sebelumnya dengan nyeri akan sering memengaruhi reaksi mereka. Mekanisme koping yang digunakan dalam masa lalu dapat memengaruhi penilaian klien tentang bagaimana rasa sakit akan memengaruhi kehidupan mereka dan langkah-langkah apa yang dapat mereka gunakan untuk berhasil untuk mengelola nyeri sendiri. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.8.3 Norma budaya dan sikap

Keragaman budaya dalam respons nyeri dapat dengan mudah menyebabkan masalah dalam manajemen nyeri. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok dalam tingkat intensitas di mana rasa sakit menjadi cukup besar atau terlihat. Namun, nilai budaya mengenai nyeri dapat memengaruhi keyakinan klien tentang nyeri serta respons terhadap nyeri, dan tingkat intensitas atau durasi

nyeri klien ditentukan secara budaya (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.9 Manajemen nyeri

2.2.9.1 Terapi obat

Terapi obat ini sering disebut juga sebagai *pharmacologic pain management*. Terapi obat adalah sebuah cara atau landasan untuk mengelola nyeri. WHO merekomendasikan untuk mengikuti pendekatan tiga tingkat atau dikenal dengan *a three-tiered approach*, sesuai dengan intensitas nyeri dan respons klien terhadap terapi obat yang dipilih. Analgesik opioid dan opiat, seperti morfin, serta meperidine (Demerol) adalah zat yang dikendalikan sebagai narkotika. Obat-obat tersebut mengganggu persepsi nyeri secara terpusat (di otak). Analgesik nonopioid bukanlah narkotika; mereka menghilangkan rasa sakit dengan mengubah neurotransmisi di tingkat perifer. Beberapa kategori obat untuk *analgesic drug therapy*, diantaranya :

- a. *Opioid analgesic*, mengikat dengan reseptor opiat di sistem saraf pusat
- b. *Nonopioid analgesic*, menghambat produksi prostaglandin yang meningkatkan kepekaan terhadap rasa sakit.
- c. *Antidepressants*, memblokir pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin.
- d. *Corticosteroid*, mengurangi rasa sakit dengan komponen inflamasi dan mengontrol mual.
- e. *Anticonvulsants*, *suppress neuronal firing*.
- f. *Psychostimulants*, menangkalkan sedasi dan meningkatkan aktivitas serta nafsu makan.

- g. *Miscellaneous adjuvants*, menghambat saluran ion natrium, menstabilkan sel saraf membran, dan menghambat inisiasi impuls saraf serta konduksi (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.9.2 *Nondrug Intervention*

Intervensi ini sering juga disebut sebagai *nonpharmacologic pain management*. Beberapa intervensi nonobat ini dapat digunakan untuk membantu mengelola rasa sakit. Beberapa intervensi, seperti penerapan kompres panas dan dingin merupakan tindakan keperawatan mandiri atau mungkin memerlukan kolaborasi dengan dokter. Lainnya seperti stimulasi saraf listrik transkutan dan perkutan, akupuntur dan akupresur, dikelola oleh individu yang memiliki pelatihan serta keahlian khusus. Pendekatan nonfarmakologis ini penting sebagai bagian dari pendekatan multimodal untuk manajemen nyeri dan dapat digunakan bersama dengan analgesik yang tepat. Tujuan utama dari intervensi ini adalah untuk membantu klien mendapatkan rasa kontrol atas rasa sakit. (Swarjana, I Ketut, 2022).

a. *Distraction*

Distraksi adalah strategi manajemen nyeri yang memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri dan emosi negatif yang terkait (Swarjana, I Ketut, 2022)

b. *Reframing*

Reframing adalah teknik yang mengajarkan klien untuk memantau pikiran negatif mereka dan menggantinya dengan yang lebih positif. (Swarjana, I Ketut, 2022)

c. *Relaxation techniques*

Teknik relaksasi (berbagai metode yang digunakan untuk mengurangi kecemasan dan ketegangan otot), *imagery* (strategi yang menggunakan gambaran mental untuk membantu relaksasi), dan relaksasi otot progresif (strategi dimana otot-otot tegang dan rileks secara bergantian) digunakan untuk mencapai relaksasi mental serta fisik. (Swarjana, I Ketut, 2022)

Salah satu teknik relaksasi yang baik adalah teknik *abdominal breathing*. Teknik ini dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin yang dapat mengurangi rasa nyeri dan teknik ini mudah dilakukan tanpa menggunakan alat relaksasi. Salah satu terapi relaksasi yang dapat dilakukan yaitu teknik *abdomen breathing*, dimana teknik tersebut dapat mempertahankan komponen sistem saraf simpatis dalam keadaan homeostatis sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah, mengurangi kecemasan dan kontraksi yang mengakibatkan nyeri. (Astiana, 2019)

d. *Biofeedback*

Pelatihan *biofeedback* adalah metode yang mungkin dapat membantu klien yang kesakitan, terutama yang mengalami kesulitan mengendurkan otot. *Biofeedback* adalah proses dimana individu belajar untuk memengaruhi respons fisiologis mereka. (Swarjana, I Ketut, 2022)

e. *Cutaneous stimulation*

Kontrastimulasi adalah istilah yang digunakan untuk mengidentifikasi teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan sistem analgsia opioid dan monoamina endogen. Ini intervensi efektif dengan mengurangi pembengkakan melalui *cryotherapy* (aplikasi dingin), mengurangi kekakuan (aplikasi panas), dan meningkatkan input serat saraf berdiameter besar untuk memblikir pesan serat nyeri berdiameter kecil (dingin, panas, tekanan, getaran, atau pijatan). Terapi panas dan dingin adalah alat manajemen nyeri yang efektif, tersedia dan mudah digunakan. (Swarjana, I Ketut, 2022)

f. *Transcutaneous stimulation*

Stimulasi transkutan, akupunktur dan akupresur. Stimulasi saraf listrik adalah metode penerapan stimulasi listrik dalam jumlah kecil ke serat saraf berdiameter besar melalui elektrode yang ditempatkan pada kulit. Penempatan elektrode ditentukan dengan mengidentifikasi saraf mana yang mempersarafi area yang nyeri, kemudian menentukan di mana saraf itu dangkal atau dimana anastesi blok akan ditempatkan untuk mematikan saraf tersebut (Swarjana, I Ketut, 2022)

g. *Encourage exercise*

Olahraga adalah pengobatan penting untuk nyeri kronis karena memperkuat otot yang lemah, membantu memobilisasi sendi, dan membantu memulihkan keseimbangan serta koordinasi. Rentang gerak pasif tidak boleh digunakan jika meningkatkan nyeri atau ketidaknyamanan.

Imobilisasi sering digunakan untuk klien dengan episode nyeri akut atau untuk menstabilkan patah tulang, tetapi imobilisasi yang lama harus dihindari bila memungkinkan karena dapat menyebabkan atrofi otot dan dekondisi kardiovaskular. (Swarjana, I Ketut, 2022)

h. *Nutrition*

Praktek diet dapat memengaruhi rasa sakit dengan menghambat inflamasi terkait peristiwa biokimia. Beberapa makanan sebenarnya dapat memicu episode nyeri, misalnya, anggur merah, keju, buah jeruk, dan daging yang di awetkan sering berkontribusi pada timbulnya sakit kepala migrain. Makanan lain dapat membantu meringankan nyeri yang terkait dengan penyakit kronis. Misalnya saja ceri dan beri dengan warna merah, kulit biru atau hitam memiliki jumlah bioflavonoid yang tinggi, zat dengan sifat antiinflamasi. (Swarjana, I Ketut, 2022)

i. *Herbal*

Banyak herbal mungkin berguna untuk meredakan rasa sakit. Aplikasi topikal krim capsaicin empat kali sehari selama 4 minggu mengurangi nyeri dan meningkatkan kekuatan cengkeraman dalam sebuah penelitian terhadap 45 klien dengan fibromyalgia. (Swarjana, I Ketut, 2022)

j. *Enviroment*

Lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Oleh karena itu, perubahan dalam lingkungan seseorang mungkin mengurangi tingkat nyeri. Terapi hewan peliharaan dan terapi hortikultura memiliki beberapa manfaat terapeutik, termasuk

pengurangan nyeri, relaksasi, dan peningkatan tingkat energi. (Swarjana, I Ketut, 2022)

2.2.10 Nilai-nilai Islam tentang Konsep Nyeri

Konsep nyeri menurut Islam yaitu sakit tidak akan terjadi kecuali atas kehendak dan izin Allah Swt. Meskipun manusia mempunyai kontribusi atas sakitnya tersebut. *(Ingatlah) Ayyub Ketika dia berdoa kepada Tuhannya, “(Ya Tuhan,) sesungguhnya aku telah ditimpa penyakit, padahal Engkau Tuhan yang maha penyayang dari semua yang penyayang.” (Qs. Al-Anbiya:83).*

Nabi Ayyub diberi cobaan Sakit dalam waktu yang lama, tetapi beliau tetap sabar dan tegar menghadapi penyakitnya yang kronis dan bernanah, sembari mengharap pahala dari Allah Swt. Beliau panjatkan munajat karena sangat khawatir jika ibadahnya terganggu oleh sakitnya tersebut. Oleh karena itu, Allah Swt menjawab munajat tersebut dengan jawaban yang luar biasa. Allah Swt sembuhkan segala sakit-sakitnya dan Allah Swt anugerahkan kesehatan yang sempurna dan memberinya keindahan rahmat yang sangat luas.(B. S. Nursi, 2004b, pp. 9–10). Nabi Ayyub As menderita luka lahir, sedangkan kita menderita sakit batin, rohani, dan hati. Seandainya kita balikkan sangat mungkin kita dipeuhi oleh luka-luka yang sangat parah dan lebih banyak dari Nabi ayyub As. Karena semua dosa yang kita lakukan dan perkara syubhat yang berada dalam fikiran-fikiran kita, menyebabkan luka-luka dalam hati.

Sakit juga sebagai sebuah ujian kesabaran karena derita sakit itu bisa menjadikan detik-detik umurmu setara dengan berjam-jam ibadah. Dengan itu derita sakit yang di alami sebagai mursyid (pembimbing) yang memberikan nasihat dan peringatan. Derita tersebut tidak perlu dikeluhkan, tetapi justru dari sisi ini, derita tersebut wajib di syukuri.

Jika rasa sakit menjadi-jadi mohonlah kesabaran dari Allah swt.(B. S. Nursi, 2004b)

2.4 Konsep dasar teknik *Abdominal Breathing*

2.4.1 Definisi teknik *Abdominal Breathing*

Diafragmatic breathing, abdominal breathing, belly breathing atau *deep breathing* adalah pernapasan yang dilakukan dengan mengkontraksi diafragma yaitu otot yang terletak secara horizontal antara rongga dada dan rongga perut.

Abdominal breathing exercise merupakan salah satu latihan pernapasan pasien yang bertujuan untuk menggunakan dan menguatkan otot diafragma selama inspirasi, sehingga mencapai ventilasi yang terkontrol dan efisien, meningkatkan inflasi alveolar secara maksimal, dan menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna (Ryandayanti, Nyoman Ayu Sri Meldya, 2019)

Teknik relaksasi pernafasan diafragma dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres, baik stres fisik maupun emosional, seperti menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. (Putri, Eliza Mutiara, 2019)

2.4.2 Mekanisme fisiologi teknik *abdominal breathing* terhadap penurunan skala nyeri

Rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* terjadi sebagai akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus. Nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi) atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke salah satu bagian jaringan. Peningkatan sistem saraf simpatik

timbul sebagai respon terhadap nyeri dan dapat mengakibatkan perubahan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan dan warna kulit. Serangan mual, muntah dan keringat berlebihan juga sangat sering terjadi. nyeri pada area insisi operasi, nyeri karena adanya gas di usus, dan nyeri karena adanya kontraksi otot-otot polos uterus (*afterpain*). (Astriana, 2019)

Relaksasi merupakan salah satu bagian dari terapi nonfarmakologis yang berfungsi melawan ketegangan, termasuk ketegangan mental didasarkan pada kontraksi otot. Salah satu terapi relaksasi yang dapat dilakukan yaitu teknik *abdominal breathing*, dimana teknik tersebut dapat mempertahankan komponen sistem saraf simpatis dalam keadaan homeostatis sehingga tidak terjadi peningkatan suplai darah, mengurangi kecemasan dan kontraksi yang mengakibatkan nyeri. (Astiana, 2019)

Teknik *abdominal breathing* selain dapat merelaksasikan otot-otot, teknik relaksasi *abdominal breathing* di percaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin sehingga dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Endorfin dan enkefalin adalah salah satu zat yang dikeluarkan oleh otak pada saat stres atau sakit, dan merupakan obat penghilang rasa sakit alami yang setara dengan petidina. (Amalia, merlly & Mia Agustina, 2020)

2.4.3 Indikasi teknik *abdominal breathing*

Indikasi dilakukannya teknik *abdominal breathing* pada pasien ibu setelah melahirkan dengan post SC adalah bila terjadi nyeri karena adanya kontraksi otot-otot polos uterus (*Afterpain*). *Afterpain* terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang dipengaruhi oleh penurunan esterogen dan progesteron, serta pelepasan hormon

oksitosin. *Afterpain* dirasakan lebih berat oleh pasien pada hari pertama sampai dengan hari keempat. (Astria,2019)

Tujuan dari teknik *abdominal breathing* pada pasien ibu setelah melahirkan dengan post SC adalah menjadi salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat mentoleransi nyeri. Teknik *abdominal breathing* juga dapat mengurangi rangsangan nyeri dengan cara mengistirahatkan dan merelaksasikan otot-otot tubuh, selain itu dengan teknik *abdominal breathing* dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan hormon opioid endorfin dan enkefalin yang berguna sebagai pereda nyeri alami dari tubuh

2.4.4 Kontra indikasi teknik *Abdominal Breathing*

Kontraindikasi teknik *abdominal breathing* yaitu pasien yang mengalami perubahan kondisi nyeri berat, sesak napas yang berat dan keadaan emergency

2.4.5 Jenis penatalaksanaan nyeri dengan relaksasi

Ada beberapa jenis relaksasi dengan napas dalam diantaranya yang paling sering digunakan adalah (Hollosehat,2023) :

2.4.5.1 *Abdominal breathing/Diafragmatic breathing*

2.4.5.2 *Purse-lips breathing*

2.4.5.3 *Rib stretch*

2.4.5.4 *Numbered breathing*

2.4.5.5 Latihan pernapasan meditasi

2.4.6 Manfaat teknik *abdominal breathing*

Teknik *abdominal breathing* memiliki manfaat terhadap ibu post sc yaitu ketika kita menghirup pernapasan diafragma, akan menghasilkan

tekanan negatif pada intratoraks, hal ini akan menyebabkan peningkatan volume darah yang dipompa ke jantung memicu reseptor melakukan peregangan arteri dan menghasilkan peningkatan aktivitas saraf parasimpatis serta menurunkan saraf simpatik. Perubahan ini menyebabkan kondisi ibu menjadi rileks. Bernapas dalam waktu 6-10 menit menyebabkan peningkatan volume tidal yang menyebabkan bentangan baroreseptor cardiopulmonary yang mengakibatkan penurunan aliran simpatis. (Putri, Eliza Mutiara, 2019)

Selain dapat merelaksasikan otot-otot, teknik relaksasi *abdominal breathing* di percaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin sehingga dapat mengurangi nyeri yang dirasakan dan juga teknik *abdominal breathing* mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat relaksasi. (Amalia, merlly & Mia Agustina, 2020)

2.4.7 Analisis jurnal tentang teknik *abdominal breathing*

Tabel. 2.2 Analisis jurnal

NO	Judul Jurnal	Validity	Important	Applicable
1	Pengaruh teknik <i>abdominal breathing</i> terhadap penurunan skala nyeri ibu post <i>sectio caesarea</i> (Astriana,2019)	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Desain penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan <i>one group pretest and posttest design</i> . Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu bersalin dengan <i>sectio caesarea</i> berjumlah 30 orang, dengan teknik sampling	Hasil:dari hasil analisis data terhadap 30 responden Rata-rata nyeri post SC sebelum diberikan <i>Abdominal breathing</i> adalah 6,47 dengan standar deviasi 0,507. Rata-rata nyeri post SC setelah diberikan <i>Abdominal breathing</i> adalah 4,33 dengan standar deviasi 0,802. Ada pengaruh tekhnik <i>Abdominal breathing</i> terhadap nyeri post SC (<i>ttest</i> > t hitung	Dapat digunakan sebagai intervensi mandiri untuk tenaga medis terutama perawat di ruang perawatan setelah melahirkan untuk mengurangi nyeri setelah operasi caesar

		<i>Purposive Sampling.</i> Data diambil dengan lembar observasi. Analisa data univariat dan bivariat <i>uji t (t-test)</i>. penelitian telah dilaksanakan di ruang bersalin RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. waktu penelitian telah dilaksanakan pada bulan April-Mei tahun 2018.	, 17,147> 1.725, <i>p-value</i>< 0,05). Dengan penurunan sebesar 2,133. Kesimpulan :Ada pengaruh teknik abdominal breathing terhadap penurunan skala nyeri ibu post section caesarea di RSUD. Jendral Ahmad Yani Metro.	
2	Pengaruh Teknik Relaksasi <i>Abdominal Breathing</i> terhadap Penurunan Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea Di RSUD Majalengka (Amalia, Merlly & Mia Agustina, 2020)	Penelitian ini menggunakan desain/rancangan penelitian <i>pra eksperimen</i> dalam bentuk <i>one group pretest posttest</i>. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi <i>sectio caesarea</i> di Ruang Nifas RSUD Majalengka pada bulan Desember tahun 2019 sebanyak 55 pasien. Secara umum, untuk penelitian penelitian <i>eksperimen</i> jumlah sampel minimum 15 orang. Pengambilan sampel dalam	Analisis data meliputi analisis univariat menggunakan distribusi tendensi sentral dan analisis bivariat menggunakan uji <i>t</i> berpasangan (<i>paired t-test</i>). Hasil penelitian menunjukkan rata-rata tingkat nyeri pada pasien <i>sectio caesarea</i> setelah intervensi teknik relaksasi abdominal breathing adalah 7,7500 yaitu pada tingkatan nyeri berat. Rata-rata tingkat nyeri pada ibu <i>post sectio caesarea</i> setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi <i>abdominal breathing</i> adalah 5,0833 yaitu pada tingkatan nyeri sedang. Ada pengaruh teknik relaksasi <i>abdominal breathing</i> terhadap penurunan nyeri pada ibu <i>post sectio</i>	Penelitian ini dapat digunakan bagi petugas kesehatan agar dapat mencoba untuk menerapkan teknik pengobatan <i>abdominal breathing</i> sebagai alternatif pengobatan medis. Mendukung program pengobatan baik secara farmakologis ataupun non farmakologis seperti teknik relaksasi <i>abdominal breathing</i>

		menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> . Pengukuran skala nyeri yang digunakan dalam skala pendeskripsi <i>Visual Analogue Scale</i> (VAS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari 3-5 kata.	<i>caesarea</i> di RSUD Majalengka	
--	--	---	------------------------------------	--

2.4.8 Prosedur teknik *abdominal breathing*

Langkah-langkah melakukan *abdominal breathing* selama 10 menit berdasarkan Guy's & St. Thomas, (2019) :

2.4.8.1 Ciptakan lingkungan yang tenang

2.4.8.2 Atur posisi pasien berbaring diatas kasur

2.4.8.3 Letakkan bantal atau guling dibawah lutut pasien (pada pasien *post sectio caesarea*, bantal tetap diletakkan dikepala)

2.4.8.4 Minta pasien merentangkan kaki kurang lebih 30-45 cm terpisah, dan pastikan kepala, leher, dan tulang belakang berada pada satu garis lurus.

2.4.8.5 Atur posisi kedua tangan dengan letak salah satu diatas dada, dan satunya diatas perut

2.4.8.6 Minta pasien untuk memejamkan mata selama tehnik relaksasi berlangsung

2.4.8.7 Fokuskan perhatian pasien pada gerakan kembang kempis pernafasan perut. Ketika menggunakan pernafasan perut, saat menghirup maka akan ada pergerakan ke atas pada perut dan begitu pula tangan diatas perut akan mengikutinya. Saat menghembuskan perut akan kembali mendatar, dan pergerakan tangan akan mengikutinya.

2.4.8.8 Minta pasien membayangkan seperti menggambar setengah lingkaran saat menghirup nafas, dan menggambar setengah lingkaran sisanya pada saat menghembuskan nafas.

2.4.8.9 Biarkan pernafasan perut mengikuti irama dan kecepatan, dengan membayangkan gambar lingkaran penuh

2.4.8.10 Ketika akan mengakhiri latihan ini, hiruplah nafas yang dalam..
Minta pasien untuk membuka matanya kembali.

2.4.9 Lama waktu tindakan *abdominal breathing*

Menurut penelitian yang dilakukan Simbolon & Sihalah (2019) menerapkan teknik *abdominal breathing* selama 2 kali 10 menit dilakukan selama 2 hari. Dengan waktu tersebut dalam penelitiannya terbukti bahwa teknik *abdominal breathing* berpengaruh pada pasien

2.4.10 Tindakan tehnik *abdominal breathing* dapat dilakukan saat :

2.4.10.1 Nyeri akut ringan – sedang

2.4.10.2 Sesak napas tidak berat

2.4.10.3 Stress

2.4.10.4 Penyakit jantung

2.4.10.5 Asma

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post Sectio Caesarea*

2.5.1 Pengkajian

2.5.1.1 Identitas Klien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, MR, diagnosa medik, tanggal masuk, tanggal pengkajian, tanggal operasi, serta penanggung jawab (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.2 Riwayat kesehatan

2.5.1.2.1 Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri atau tidak nyaman dari berbagai sumber misalnya trauma bedah/insisi, nyeri distensi kantong kemih meliputi keluhan atau

berhubungan dengan atau penyakit yang dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.2.2 Riwayat kesehatan dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat sc sebelumnya, tekanan darah tinggi, panggul ibu sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat mempengaruhi penyakit sekarang, apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama. (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.3 Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga ada yang mengalami riwayat SC dengan indikasi letak sungsang, panggul sempit dan sudah riwayat SC sebelumnya atau penyakit yang lain (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.4 Riwayat menstruasi

Kaji *menarche*, siklus haid, lama haid, ganti duk, masalah dalam menstruasi (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.5 Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Pada saat dikaji klien melahirkan pada kehamilan ke berapa, lama masa kehamilan, dan kelainan selama hamil, kaji tanggal persalinan, jenis persalinan, penyulit persalinan, keadaan anak, apgar score dan lain-lain (Iryanto, dkk, 2019)

2.5.1.6 Riwayat nifas

Dikaji fundus uteri dan lochea

2.5.1.6.1 *Lochea rubra* terdiri dari sebagian besar darah, dan robekan *tropoblastik*

2.5.1.6.2 *Lochea serosa* terdiri dari darah yang sudah tua (coklat), banyak serum. Jaringan sampai kuning cair 3 sampai 10 hari

2.5.1.6.3 *Lochea alba* terus hingga kira-kira 2-6 minggu setelah persalinan. Kekuningan berisi selaput lendir

leucocyte dan kuman yang telah mati. Jumlah lochea digambarkan seperti sangat sedikit, moderat dan berat.

2.5.1.7 Pemeriksaan fisik

2.5.1.7.1 Keadaan umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital

2.5.1.7.2 Kepala

- 1) Rambut : rambut dapat bersih atau kotor, warna bervariasi sesuai dengan ras, rambut rontok atau tidak
- 2) Mata : penglihatan baik/tidak, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak
- 3) Hidung : hidung simetris/tidak, bersih/tidak, secret ada/tidak ada pembengkakan/tidak
- 4) Telinga : gangguan pendengaran/tidak, adanya serumen/tidak, simetris atau tidak
- 5) Mulut : kebersihan mulut, mukosa bibir dan kebersihan gigi

2.5.1.7.3 Leher

Adanya pembengkakan kelenjar tyroid/tidak, warna kulit leher

2.5.1.7.4 Thoraks

- 1) Payudara : ASI ada/tidak, puting susu menonjol/tidak
- 2) Paru-paru :
 - I : simetris kiri kanan atau tidak
 - P : teraba massa/tidak
 - P : perkusi diatas lapang paru biasanya normal
 - A : Suara napas biasanya normal (Vesikuler)
- 3) Jantung
 - I : ictus cordis terlihat/tidak
 - P : ictus cordis teraba/tidak
 - P : suara ketuk jantung
 - A : reguler, adakah bunyi tambahan/tidak

4) Abdomen

I : abdomen mungkin masih besar atau menonjol,
terdapat luka operasi tertutup perban

A : bising usus

P : nyeri pada luka operasi, TFU di umbilikus
setelah janin lahir

P : difan muskuler pertahanan otot

5) Genetalia

Lihat keadaan perenium bersih/tidak, jumlah dan warna lochea post sc hari ke-3 biasanya warna lochea rubra, dan berapa kali ganti duk

6) Ekstremitas

Post SC dapat terjadi kelemahan sebagai dampak anastesi yang mendefresikan sistem saraf pada muskuloskeletal sehingga menurunkan tonus otot

2.5.1.8 Data sosial ekonomi

Sectio caesarea dapat terjadi pada semua golongan masyarakat dengan berbagai indikasi

2.5.1.9 Data spritual

Pasien dengan post SC sulit melaksanakan ibadah karena kondisi kelemahan setelah SC

2.5.1.10 Data psikologis

Pasien biasanya dalam keadaan labil, cemas akan keadaan seksualitasnya dan harga diri pasien terganggu

2.5.1.11 Pemeriksaan penunjang

Data laboratorium : pemeriksaan Hb dan leukosit, biasanya pasien dengan post sc akan mengalami kekurangan darah dan peningkatan leukosit

(Iryanto, dkk, 2019)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

2.5.2.1 Nyeri akut (D.0077) berhubungan trauma pembedahan post op SC

2.5.2.2 Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan nyeri atau ketidaknyamanan proses persalinan dan kelahiran melelahkan

2.5.2.3 Konstipasi (D.0049) berhubungan dengan penurunan tonus otot

2.5.2.4 Menyusui tidak efektif (D.0029) berhubungan dengan keterbatasan pengetahuan ibu

2.5.2.5 Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasi

2.5.2.6 Kurang pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi penyakit

2.5.2.7 Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan trauma jaringan/luka post op

2.5.2.8 Resiko Cedera (D.0136) berhubungan dengan vasospasme dan peningkatan tekanan darah

(Iryanto, dkk, 2019)

2.5.3 Intervensi keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut (D.0077)	1. Tingkat nyeri (L.08066) 2.5.3.1.1 Keluhan nyeri menurun 2.5.3.1.2 Meringis menurun 2.5.3.1.3 Sikap protektif menurun 2.5.3.1.4 Gelisah menurun 2.5.3.1.5 Kesulitan tidur menurun 2.5.3.1.6 Ketegangan otot menurun 2.5.3.1.7 Frekuensi nadi membaik 2.5.3.1.8 Tekanan darah membaik 2.5.3.1.9 Nafsu makan membaik 2.5.3.1.10 Pola tidur membaik 2. Kontrol nyeri (L.08063) a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat b. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat c. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat d. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat e. Keluhan nyeri menurun f. Penggunaan analgesik menurun	1. Manajemen nyeri (I.08238) a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri f. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri g. Fasilitasi istirahat dan tidur h. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri i. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri j. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan pola tidur (D.0055)	1. Pola tidur (L.05045) a. Keluhan kesulitan tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun	1. Dukungan tidur (I.054174) a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur

		d. Keluhan pola tidur berubah menurun e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun f. Kemampuan beraktivitas meningkat	c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi e. Modifikasi lingkungan f. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur g. Tetapkan jadwal tidur rutin h. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan i. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit j. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur k. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur l. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3	Konstipasi (D.0049)	1. Eliminasi fekal (L.04033) a. Kontrol pengeluaran feses meningkat b. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun c. Mengejan saat defekasi menurun d. Konsistensi feses membaik e. Frekuensi defekasi membaik f. Peristaltik usus membaik	1. Manajemen konstipasi (I.04155) a. Periksa tanda dan gejala konstipasi b. Periksa pergerakan usus, konsistensi feses c. Identifikasi faktor resiko konstipasi d. Anjurkan diet tinggi serat e. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan f. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi g. Latih buang air besar secara teratur h. Ajarkan cara mengatasi konstipasi i. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
4	Menyusui tidak efektif (D.0029)	1. Status menyusui (L.03029) a. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat	1. Edukasi menyusui (I.12393) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

		b. Berat badan bayi meningkat c. Suplai ASI adekuat d. Kepercayaan diri ibu meningkat e. Kelelahan maternal menurun f. Kecemasan maternal menurun g. Bayi rewel menurun	b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan e. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui f. Libatkan sistem pendukung g. Berikan konseling menyusui h. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi i. Ajarkan 4 posisi menyusui perlekatan j. Ajarkan perawatan payudara postpartum
5	Ansietas (D.0080)	1. Tingkat ansietas (L.09093) a. Verbalisasi kebingungan menurun b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dialami menurun c. Perilaku gelisah menurun d. Perilaku tegang menurun e. Keluhan pusing menurun f. Anoreksia menurun g. Frekuensi napas membaik h. Frekuensi nadi membaik i. Tekanan darah membaik j. Tremor menurun k. Pucat menurun l. Konsentrasi membaik m. Pola tidur membaik n. Kontak mata membaik o. Pola berkemih membaik p. Orientasi membaik	1. Reduksi ansietas (I.09314) a. Identifikasi saat ansietas berubah b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas d. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan e. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan f. Pahami situasi yang membuat ansietas g. Dengarkan dengan penuh perhatian h. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan i. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan j. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

			k. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien l. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi m. Latih teknik relaksasi n. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
6	Kurang pengetahuan (D.0111)	1. Tingkat pengetahuan (L.12111) a. Perilaku sesuai anjuran meningkat b. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat c. Kemampuan menggambarkan pengetahuan meningkat d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat e. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun f. Persepsi yang keliru tentang masalah menurun g. Perilaku membaik	1. Edukasi kesehatan (I.12383) a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan d. Berikan kesempatan untuk bertanya e. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan f. Ajarkan perilaku hidup sehat g. Ajarkan strategi yang dapat digunakan
7	Risiko infeksi (D.0142)	1. Tingkat infeksi (L.14137) a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Nafsu makan meningkat d. Demam menurun e. Kemerahan menurun f. Nyeri menurun g. Bengkak menurun h. Kadar sel darah putih menurun	1. Pencegahan infeksi (I.14539) a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik b. Batasi jumlah pengunjung c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada e. pasien beresiko tinggi f. Jelaskan tanda dan gejala infeksi g. Anjurkan meningkatkan nutrisi h. Anjurkan meningkatkan asupan cairan i. Kolaborasi pemberian antibiotik

8	Risiko Cedera (D.0136)	1. Tingkat cedera (L.14136) a. Kejadian cedera menurun b. Ekspresi wajah kesakitan menurun c. Tekanan darah membaik d. Frekuensi nadi membaik e. Frekuensi napas membaik f. Pola istirahat dan tidur membaik	1. Pencegahan cedera (I.14537) a. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera b. Identifikasi obat yang dapat menyebabkan cedera c. Sediakan pencahayaan yang memadai d. Gunakan lampu tidur selama jam tidur e. Sosialisasikan pasien dan keluarga tentang lingkungan rawat f. Sediakan pispor untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu g. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau h. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau i. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci j. Diskusikan bersama keluarga yang dapat mendampingi pasien k. Jelaskan intervensi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga
---	------------------------	---	---

2.4.4. Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan keperawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian. (Pebrianti, Rahmah, 2021)

Pada langkah ini, perawat memberikan asuhan keperawatan yang pelaksanaannya berdasarkan rencana keperawatan yang telah disesuaikan pada langkah sebelumnya (intervensi) (Pebrianti, Rahmah, 2021)

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Pebrianti, Rahmah, 2021)

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman / rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya. (Pebrianti, Rahmah, 2021)