BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Post Partum

2.1.1 Pengertian Post Partum

Post partum adalah selang waktu antara kelahiran bayi sampai dengan pulihnya organ reproduksi seperti sebelum hamil. Periode ini sering disebut masa nifas (puerperium), atau trimester keempat kehamilan, masa nifas biasanya berkisar antara 6 minggu atau lebih bervariasi antara ibu satu dengan ibu yang lainnya (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Masa nifas atau *puerperium* merupakan fase pemulihan yang dimulai segera setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali seperti kondisi sebelum kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung sekitar 6–8 minggu. Selama masa tersebut, tubuh ibu tidak hanya mengalami perubahan fisiologis untuk kembali ke keadaan normal, tetapi juga menghadapi penyesuaian psikologis dalam beradaptasi dengan peran barunya (Wijaya et al., 2023).

2.1.2 Tahapan pada Masa Post Partum

Menurut (Wijaya et al., 2023), periode post partum atau masa nifas dibagi ke dalam beberapa fase sebagai berikut:

a. Immediate post partum

   Tahap ini berlangsung sejak plasenta dilahirkan hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Fase ini tergolong krusial sehingga kondisi ibu harus dipantau secara ketat. Pada fase ini biasanya terjadi:

1. Kontraksi uterus, yaitu rahim berkontraksi untuk mengecilkan ukurannya dan mencegah perdarahan.
2. Lochea rubra, berupa darah nifas berwarna merah terang yang mengandung sisa jaringan kehamilan.
3. Pemulihan awal, ibu dianjurkan beristirahat cukup guna mengembalikan energi setelah persalinan.

b. Early post partum

Dimulai dari 24 jam hingga sekitar satu minggu setelah melahirkan. Pada masa ini, tenaga kesehatan baik bidan maupun perawat memastikan proses involusi uterus berjalan normal, tidak terjadi perdarahan abnormal, lochea tidak berbau, ibu tidak mengalami demam, kebutuhan nutrisi dan cairan terpenuhi, serta proses menyusui berlangsung baik. Organ reproduksi ibu mulai mengalami pemulihan secara menyeluruh. Perubahan yang umum terjadi antara lain:

1. Lochea serosa, dengan warna kekuningan atau merah muda, lebih encer, dan terkadang bercampur sedikit lendir.
2. Permulaan menyusui, yang membantu merangsang produksi ASI sekaligus mendukung kontraksi rahim.
3. Adaptasi emosional, ibu mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya.

c. Late post partum

Tahap ini berlangsung dari minggu pertama hingga kurang lebih lima minggu setelah persalinan. Pada periode ini, tenaga kesehatan tetap memberikan pemantauan, perawatan lanjutan, serta konseling terkait keluarga berencana. Perubahan yang tampak meliputi:

1. Lochea alba, berwarna putih kekuningan dengan konsistensi lebih kental, terdiri dari sel epitel dan leukosit.
2. Pemulihan organ reproduksi, yang secara bertahap kembali mendekati kondisi sebelum hamil.
3. Penyesuaian psikologis lanjutan, ibu semakin percaya diri dalam merawat bayinya serta mulai terbiasa dengan perubahan pola hidup setelah melahirkan.

2.2. *Sectio Caesarea*

2.2.1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah metode persalinan melalui operasi yang melibatkan sayatan pada dinding perut (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) (Razan & Wijianto, 2021).

Menurut Ratnawati (2016) dalam (Iyan, 2021) *sectio caesarea* adalah prosedur melahirkan bayi dan plasenta melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim, sehingga janin dapat dikeluarkan dalam kondisi utuh. Dengan kata lain, *sectio caesarea* merupakan metode persalinan yang dilakukan dengan membuat insisi pada uterus melalui dinding perut.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan metode persalinan bedah yang dilakukan melalui sayatan pada dinding perut (*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi dan plasenta dalam kondisi utuh. Persalinan ini dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa indikasi.

2.2.2. Etiologi

Menurut (Oxorn & Forte, 2019) indikasi sectio caesarea meliputi:

a. Panggul sempit dan distosia mekanik, seperti disproporsi fetopelvik, ukuran panggul tidak adekuat, janin besar, malposisi atau malpresentasi janin, gangguan kontraksi uterus, distosia jaringan lunak, adanya neoplasma, serta persalinan yang tidak maju.
b. Riwayat pembedahan pada uterus, antara lain sectio caesarea sebelumnya, histerektomi, miomektomi ekstensif, serta penjahitan serviks atau perbaikan ostium serviks inkompeten.
c. Perdarahan obstetri yang disebabkan oleh plasenta previa atau abrupsio plasenta.
d. Toksikemia gravidarum, meliputi preeklamsia, eklampsia, hipertensi esensial, dan nefritis kronis.
e. Indikasi janin, seperti gawat janin, kelainan bawaan, insufisiensi plasenta, prolaps tali pusat, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post mortem caesarea, serta infeksi virus herpes pada traktus genital.

2.2.3. Patofisiologi

Berbagai kondisi yang menghambat jalannya proses persalinan dapat menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal atau spontan. Beberapa kondisi tersebut antara lain plasenta previa sentralis maupun lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik, ancaman ruptur uteri, persalinan lama, persalinan yang tidak mengalami kemajuan, preeklamsia, distosia serviks, serta malpresentasi

janin. Keadaan-keadaan tersebut menuntut dilakukannya tindakan pembedahan berupa sectio caesarea.

Pada pelaksanaan *sectio caesarea*, pasien menjalani tindakan anestesi yang dapat menyebabkan keterbatasan gerak sementara. Kondisi imobilisasi ini berpotensi menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Tindakan pembedahan melibatkan sayatan pada dinding abdomen yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan serabut saraf di sekitar area insisi. Kondisi ini merangsang pelepasan mediator nyeri seperti histamin dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri akut. Setelah operasi selesai, area insisi akan menjadi luka pascaoperasi yang apabila tidak dirawat dengan baik dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Prawirohardjo 2010 dalam Iyan, 2021).

2.2.4. Tanda dan Gejala

Menurut Prawirohardjo (2010) dalam (Hijratun, 2021), tanda dan gejala pada klien post *sectio caesarea* meliputi:

a. Kehilangan darah selama tindakan pembedahan sekitar 600–800 ml.
b. Terpasangnya kateter urin dengan hasil urin jernih dan berwarna pucat.
c. Kondisi abdomen teraba lunak tanpa adanya distensi.
d. Bising usus belum terdengar.
e. Adanya kesulitan pasien dalam menghadapi atau menyesuaikan diri dengan situasi baru.
f. Balutan pada area abdomen tampak sedikit bernoda.

2.2.5. Komplikasi

Komplikasi pasca persalinan *sectio caesarea* menurut (Mekania, 2020), yaitu:

a. Perdarahan postpartum

   Komplikasi yang terjadi akibat kehilangan darah berlebihan setelah operasi, yang dapat mengancam stabilitas hemodinamik ibu jika tidak ditangani dengan baik.

b. Sepsis postpartum

   Keadaan infeksi sistemik yang dapat muncul setelah operasi sectio caesarea, terutama jika bakteri memasuki aliran darah dan menyebabkan reaksi inflamasi berat.

c. Infeksi postpartum

   Infeksi lokal pada luka atau jaringan lain setelah pembedahan, misalnya infeksi luka operasi, endometritis, atau infeksi saluran kemih.

d. Syok postpartum

   Kondisi kegawatdaruratan di mana tubuh tidak mampu mempertahankan perfusi jaringan yang adekuat, bisa akibat perdarahan atau komplikasi lain pasca operasi.

e. Laserasi total

   Robekan jaringan yang lebih luas dari yang diperkirakan pada saat operasi, memperburuk penyembuhan luka dan potensi komplikasi lain.

f. Rupture uterus

Perdarahan dan ketidakutuhannya dinding uterus yang merupakan komplikasi serius, terutama pada pasien dengan riwayat operasi sebelumnya atau trauma uteri

2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan sectio caesarea menurut (Aspiani, 2017), yaitu:

a. Hitung darah lengkap
b. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa
c. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
d. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
e. Amniosintesis : mengkaji maturitas paru janin
f. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal
g. Penentuan elektrolit selanjutnya : memastikan status janin/aktivitas uterus.

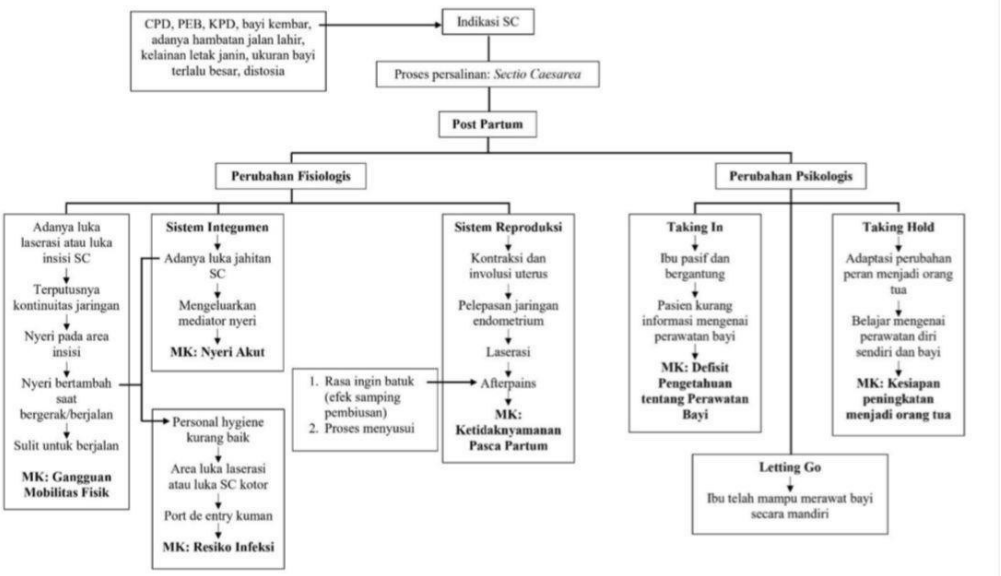
2.2.7. Penatalaksanaan

Menurut (Manuaba, 2019) asuhan keperawatan pada pasien post sectio caesarea di ruang rawat meliputi beberapa tindakan, yaitu:

a. Melakukan pemantauan tanda-tanda vital serta kondisi umum pasien secara berkala, termasuk pengawasan terhadap drainase, selang, dan kemungkinan munculnya komplikasi.

b. Melaksanakan perawatan luka operasi dengan mengobservasi kondisi bekas sayatan dan jahitan, memastikan tidak terjadi perdarahan yang tidak normal, serta memantau adanya pengeluaran cairan guna mencegah terjadinya komplikasi. Perawatan luka dilakukan hingga waktu pelepasan jahitan.
c. Menganjurkan mobilisasi dini, seperti latihan rentang gerak, latihan napas Murotal, dan batuk efektif, yang bertujuan untuk membantu mengaktifkan kembali fungsi neuromuskular serta membersihkan sekret dan lendir saluran pernapasan.
d. Memberikan rehabilitasi sesuai kebutuhan pasien untuk membantu proses pemulihan kondisi fisik secara bertahap.
e. Menyusun dan melaksanakan perencanaan pulang (discharge planning) dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai hal-hal yang perlu dilakukan maupun dihindari selama masa pemulihan post sectio caesarea.

2.2.8 Pathway



Bagan 2 1 Pathway Post Partum Sectio Caesarea

Sumber : Wahyuningsih (2019) dalam Alifah (2024)

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sectio Caesarea

2.3.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada post *sectio caesarea* menurut (Sagala, 2025), yaitu :

a. Pengkajian keperawatan pada post *sectio caesarea*

1. Pengkajian umum

   Pada pengkajian klien dengan *sectio caesarea*, data yang dapat ditemukan meliputi:

   a) Identitas atau biodata klien meliputi, nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit nomor register, dan diagnosa keperawatan.

      1) Keluhan utama: nyeri pada daerah operasi
      2) Riwayat kesehatan dahulu: penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.
      3) Riwayat kesehatan sekarang: riwayat pada saat sebelum inpartu di dapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginan secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

4) Riwayat kesehatan keluarga: adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, HT, TBC, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

2. Pola-pola fungsi kesehatan pada pasien post *sectio caesarea*

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada pasien, sering ditemukan kurangnya pengetahuan mengenai perawatan luka operasi, tanda-tanda infeksi, pembatasan aktivitas, serta pentingnya menjaga kebersihan area insisi. Ketidaktahuan dalam perawatan luka dan mobilisasi dini dapat menimbulkan masalah keperawatan seperti risiko infeksi dan keterlambatan penyembuhan luka.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien memerlukan asupan nutrisi tinggi protein dan cairan yang cukup untuk mempercepat penyembuhan luka serta mendukung produksi ASI. Nafsu makan dapat meningkat, namun pada beberapa pasien bisa menurun akibat efek anestesi, mual, atau nyeri pasca operasi.

c) Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas pasien cenderung terbatas karena adanya nyeri pada luka insisi abdomen. Mobilisasi dilakukan secara bertahap (miring kanan-kiri, duduk, kemudian berjalan). Pasien biasanya cepat lelah dan membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada hari-hari awal pasca operasi.

d) Pola eliminasi

Pada pasien dapat terjadi gangguan BAK akibat pemasangan kateter sementara atau efek anestesi. Selain itu, konstipasi sering terjadi karena penurunan peristaltik usus pasca pembedahan dan rasa takut mengejan karena nyeri pada luka operasi.

e) Pola istirahat dan tidur

Gangguan istirahat sering dialami akibat nyeri luka operasi, posisi tidur yang terbatas, serta kebutuhan menyusui bayi. Nyeri pada area abdomen dapat membuat pasien sulit menemukan posisi yang nyaman saat tidur.

f) Pola hubungan dan peran

Pasien mulai menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai ibu, namun keterbatasan fisik akibat operasi dapat memengaruhi kemampuannya dalam merawat bayi secara mandiri sehingga membutuhkan dukungan keluarga.

g) Pola penanggulangan stres

Pasien dapat mengalami kecemasan terkait kondisi luka operasi, proses pemulihan, kemampuan menyusui, maupun kondisi bayinya. Beberapa pasien tampak lebih sensitif atau mudah khawatir selama masa pemulihan.

h) Pola sensori dan kognitif

Secara sensori, pasien merasakan nyeri pada area insisi abdomen dan nyeri uterus akibat proses involusi. Pada aspek kognitif, terutama pada

ibu primipara, sering ditemukan kurangnya pengetahuan tentang teknik menyusui, perawatan luka operasi, dan perawatan bayi baru lahir.

i) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien dapat mengalami perubahan citra tubuh akibat adanya luka operasi pada abdomen. Perasaan tidak nyaman terhadap bekas luka atau perubahan bentuk tubuh dapat memengaruhi konsep diri dan rasa percaya diri.

j) Pola reproduksi dan seksual

Pasien dapat terjadi gangguan sementara dalam aktivitas seksual karena nyeri, ketidaknyamanan pada luka operasi, serta proses pemulihan fisik. Edukasi mengenai waktu yang tepat untuk kembali berhubungan seksual dan perencanaan kontrasepsi perlu diberikan.

3. Pemeriksaan fisik

a) Kepala: Dilakukan pengkajian bentuk dan kebersihan kulit kepala, serta adanya kelainan seperti benjolan. Pada sebagian ibu dapat tampak hiperpigmentasi wajah (cloasma gravidarum) yang muncul selama kehamilan.

b) Leher: Dinilai ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid maupun pembengkakan lain di area leher.

c) Mata: Observasi meliputi kondisi kelopak mata (apakah terdapat edema), warna konjungtiva (pucat yang dapat mengarah pada anemia akibat perdarahan), serta warna sklera (normal atau tampak ikterik).

d) Telinga: Diperiksa kesimetrisan bentuk telinga, kebersihan liang telinga, dan ada tidaknya sekret atau cairan yang keluar.

e) Hidung: Dikaji adanya sumbatan, polip, atau sekret. Pola pernapasan juga diamati, termasuk penggunaan cuping hidung bila ada gangguan napas.

f) Dada dan payudara: Biasanya tampak pembesaran payudara sebagai persiapan laktasi, disertai penggelapan pada areola dan papila mammae. Dinilai pula adanya bendungan ASI atau nyeri tekan.

g) Abdomen: Terlihat luka insisi bekas operasi SC yang perlu dinilai kebersihan, tanda infeksi, dan proses penyembuhannya. Striae gravidarum masih dapat tampak. Tinggi fundus uteri umumnya teraba beberapa jari di bawah pusat sesuai hari nifas, serta dikaji kontraksi uterus.

h) Genitalia: Dinilai jenis dan jumlah lochea (darah nifas bercampur lendir) sesuai fase nifas. Pada pasien post SC tetap dapat terjadi pengeluaran lochea, meskipun tidak melalui proses persalinan pervaginam.

i) Anus: Diperiksa kemungkinan hemoroid atau luka akibat konstipasi, terutama bila pasien mengalami kesulitan BAB pasca operasi.

j) Ekstremitas: Dilakukan pemeriksaan adanya edema pada tungkai untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi seperti preeklamsia, gangguan jantung, ginjal, atau risiko trombosis.

k) Tanda-tanda vital: Pemantauan tekanan darah, nadi, frekuensi napas, dan suhu tubuh sangat penting. Pada kondisi perdarahan post partum dapat ditemukan tekanan darah menurun, nadi meningkat, pernapasan cepat, serta perubahan suhu tubuh.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan rumusan klinis yang menggambarkan respons individu, keluarga, maupun masyarakat terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan, baik yang sedang dialami maupun yang berpotensi terjadi. Diagnosa ini menjadi landasan bagi perawat dalam menentukan intervensi keperawatan yang tepat guna mencapai hasil asuhan yang diharapkan. Berbagai ahli keperawatan telah mengemukakan definisi mengenai diagnosa keperawatan, yang pada dasarnya bertujuan memberikan acuan serta kerangka berpikir bagi perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan secara profesional (Ekaputri et al., 2024).

Menurut Wahyuningsih (2019) dalam Alifah (2024) diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada ibu post *section caesarea* berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) [D.0077]
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri [D.0054]
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi [D.0111]
4. Risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post section caesarea [D.0142]

5. Ketidaknyamanan Pasca Partum behubungan dengan Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga [SDKI D.0075]
6. Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua [SDKI D.0122]

2.3.3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan rincian kegiatan yang disusun sesuai dengan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien untuk mengatasi atau memenuhi kebutuhan serta menilai kemajuan peningkatan kesehatan pasien (Ekaputri et al., 2024).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) [D.0077]	Tingkat nyeri menurun diberi kode L.08066 dalam SLKI. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Intervensi manajemen nyeri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08238). **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri [D.0054]	Mobilitas fisik meningkat diberi kode L.05042 dalam SLKI. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Intervensi dukungan mobilisasi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.05173). **Observasi** 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post section caesarea [D.0142]	Luaran tingkat infeksi menurun menurun diberi kode L.14137 dalam SLKI. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Intervensi pencegahan infeksi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.14539). **Observasi** 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik **Terapeutik** 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi [D.0111] Risiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	Tingkat pengetahuanmeningkat diberi kode L.12111 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status tingkat pengetahuanmeningkat, dengan kriteria hasil:	Intervensi edukasi kesehatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.12383). **Observasi** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	post section caesarea [D.0142]	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	perilaku hidup bersih dan sehat **Terapeutik** 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya **Edukasi** 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5	Ketidaknyamanan Pasca Partum behubungan dengan Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga [SDKI D.0075]	Status kenyamanan pasca partum meningkat diberi kode L.07061 dalam SLKI. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status kenyamanan pasca partum meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Luka episiotomi menurun 4. Kontraksi uterus menurun	Intervensi manajemen nyeri dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.08238). **Observasi** 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		5. Payudara bengkak menurun	8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 10. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 8. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 9. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
6	Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua [SDKI D.0122]	Peran menjadi orang tua membaik diberi kode L.13120 dalam SLKI. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka peran menjadi orang tua membaik, dengan kriteria hasil: 1. Perilaku positif menjadi orang tua meningkat	Intervensi promosi antisipasi keluarga dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diberi kode (I.12466). **Observasi** 1. Identifikasi kemungkinan krisis situasi atau masalah perkembangan serta dampaknya pada kehidupan pasien dan keluarga

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			2. Identifikasi metode pemecahan masalah yang sering digunakan keluarga **Terapeutik** 1. Fasilitasi dalam memutus strategi pemecahan masalah yang dihadapi keluarga 2. Libatkan seluruh anggota keluarga dalam upaya antisipasi masalah Kesehatan, jika memungkinkan 3. Buat jadwal aktivitas bersama keluarga terkait masalah Kesehatan yang dihadapi **Edukasi** 1. Jelaskan perkembangan dan perilaku yang normal pada keluarga **Kolaborasi** 1. Kerjasama dengan tenaga Kesehatan terkait lainnya, jika perlu

Tabel 2 1 Perencanaan Keperawatan

2.3.4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat melalui pemberian tindakan keperawatan kepada klien untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami serta mengarahkan klien menuju kondisi kesehatan yang optimal. Tindakan keperawatan tersebut merupakan penerapan dari rencana keperawatan yang telah disusun, baik berupa tindakan keperawatan langsung maupun tidak langsung. Implementasi keperawatan mencakup berbagai aktivitas keperawatan yfang bertujuan membantu klien meningkatkan status kesehatannya sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Potter & Perry 2020 dikutip dalam Ekaputri et al., 2024).

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi ialah tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam tahap ini, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Ekaputri et al., 2024).

2.4. Konsep Nyeri Akut Pada Ibu Post *Sectio Caesarea*

2.4.1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik yang bersifat multidimensi dengan tingkat intensitas yang bervariasi, mulai dari ringan, sedang, hingga berat. Nyeri dapat memiliki karakteristik tumpul, terbakar, atau tajam, dengan penyebaran yang dapat bersifat dangkal, dalam, maupun lokal, serta durasi yang beragam seperti sementara, intermiten, atau persisten, tergantung pada penyebab yang mendasarinya (Ayudita, 2023).

Menurut Utami 2016 (dikutip dalam Ningtyas et al., 2023) nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang bersifat tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan, baik yang terjadi secara nyata maupun berpotensi terjadi, atau yang menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan tersebut.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan serta bersifat

multidimensi. Nyeri dapat muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial, dengan tingkat intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat. Karakteristik nyeri dapat berbeda-beda, seperti tumpul, terbakar, atau tajam, dengan penyebaran dan durasi yang beragam, baik sementara, intermiten, maupun persisten, tergantung pada penyebab yang mendasarinya.

2.4.2. Klasifikasi Nyeri

Reseptor nyeri merupakan bagian tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri. Struktur yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas pada kulit yang hanya merespons rangsangan kuat yang berpotensi menimbulkan kerusakan jaringan. Reseptor nyeri dikenal juga sebagai nosiseptor, yang secara anatomis terdiri atas serabut saraf perifer baik yang bermielin maupun yang tidak bermielin (Sari et al., 2018).

Berdasarkan lokasinya, nosiseptor dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, yaitu nosiseptor kutaneus yang terdapat pada kulit, nosiseptor somatik dalam (deep somatic), serta nosiseptor viseral yang berada pada organ dalam. Perbedaan lokasi nosiseptor tersebut menyebabkan karakteristik nyeri yang dirasakan menjadi beragam (Sari et al., 2018).

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan lokasi, sifat, tingkat keparahan, dan lamanya serangan.

a. Nyeri berdasarkan tempatnya

    1. *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan pada permukaan tubuh, seperti kulit dan mukosa.

2. *Deep pain*, yaitu nyeri yang dirasakan pada jaringan tubuh bagian dalam atau pada organ viseral.
3. *Refered pain*, yaitu nyeri yang berasal dari gangguan pada organ atau struktur dalam tubuh, namun dirasakan pada bagian tubuh lain yang berbeda dari lokasi asal nyeri.
4. *Central pain*, yaitu nyeri yang timbul akibat adanya rangsangan pada sistem saraf pusat, seperti medula spinalis, batang otak, talamus, dan struktur saraf pusat lainnya.

b. Nyeri berdasarkan sifatnya

1. *Incidental pain*, yaitu nyeri yang muncul sewaktu-waktu dan dapat menghilang dengan sendirinya.
2. *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul secara menetap dan dirasakan dalam jangka waktu yang lama.
3. *Paroxymal pain*, yaitu nyeri dengan intensitas yang sangat kuat, biasanya berlangsung sekitar 10–15 menit, kemudian menghilang dan dapat muncul kembali.

c. Nyeri berdasarkan berat ringannya

1. Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
2. Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan respons atau reaksi tertentu pada individu.
3. Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

d. Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan

1. Nyeri akut, yaitu nyeri yang berlangsung dalam waktu singkat dan umumnya berakhir kurang dari enam bulan, dengan sumber serta lokasi nyeri yang dapat diketahui secara jelas. Nyeri akut sering berhubungan dengan cedera fisiologis, seperti luka operasi atau penyakit tertentu, serta dapat menimbulkan gangguan pola tidur dan keterbatasan mobilitas fisik akibat penurunan fungsi refleks otot (Multaqiyah & Lestari, 2022).
2. Nyeri kronis, yaitu nyeri yang berlangsung lebih dari enam bulan, baik dengan penyebab yang diketahui maupun tidak, serta cenderung sulit disembuhkan. Pada kondisi ini, persepsi nyeri menjadi lebih mendalam sehingga penderita sering mengalami kesulitan dalam menentukan lokasi nyeri secara pasti (Rejeki, 2022).

2.4.3 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri merupakan serangkaian prosedur yang dilakukan untuk mengatasi dan mengendalikan nyeri. Penatalaksanaan nyeri sebagai bagian dari asuhan keperawatan terhadap respons pasien dapat berbeda antara satu individu dengan individu lainnya. Pada prinsipnya, nyeri dapat dikurangi atau diatasi dengan mempertimbangkan jenis nyeri serta tingkat respons masing-masing (Xie et al., 2023). Nyeri pada pasien post operatif umumnya merupakan nyeri akut dengan tingkat keparahan berat. Penanganan nyeri dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis.

a. Penatalaksanaan farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis umumnya dilakukan dengan pemberian analgetik untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri berat yang dapat berlangsung selama beberapa jam hingga beberapa hari. Analgetik diklasifikasikan ke dalam tiga golongan, yaitu analgetik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAIDs), analgetik narkotik atau opioid, serta koanalgetik atau obat adjuvan. Salah satu metode pemberian analgetik adalah Analgesik Dikontrol Pasien (ADP). Sistem ADP merupakan metode yang aman dan efektif dalam penatalaksanaan nyeri kanker, nyeri pascaoperasi, serta nyeri traumatik. Melalui metode ini, pasien memperoleh manfaat karena memiliki kendali dalam mengatur pengurangan nyeri yang dirasakannya (Potter et al., 2019).

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis digunakan sebagai terapi pendamping obat untuk membantu mengurangi nyeri, terutama pada episode nyeri yang berlangsung relatif singkat. Tindakan nonfarmakologis merupakan upaya pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa ketergantungan pada tenaga medis lain, berdasarkan pertimbangan dan keputusan profesional perawat. Berbagai metode penatalaksanaan nonfarmakologis yang dapat diterapkan antara lain teknik relaksasi, latihan pernapasan dalam, distraksi menggunakan murotal, hipnoterapi, hypnobirthing, terapi musik, pijat, akupunktur, kompres panas dan dingin, serta penggunaan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Anggraini et al., 2022).

Terapi murottal dapat dimanfaatkan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis pada pasien post operasi *sectio caesarea* yang mengalami nyeri, dengan tujuan membantu menurunkan intensitas nyeri serta meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan pasien secara menyeluruh (Wahyuningsih et al., 2021).

2.4.4. Esesmen Nyeri

Sumber utama dalam menentukan perlu atau tidaknya dilakukan asesmen nyeri berasal dari hasil skrining. Pasien atau keluarga yang melaporkan adanya keluhan nyeri perlu mendapatkan asesmen nyeri secara sistematis. Asesmen yang sistematis bertujuan untuk menilai berbagai parameter, meliputi lokasi nyeri, dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari, intensitas nyeri saat istirahat maupun beraktivitas, penggunaan obat-obatan, faktor yang memperberat atau meringankan nyeri, kualitas nyeri (seperti terbakar, kencang, panas, atau tersengat listrik), adanya penjalaran nyeri, tingkat intensitas nyeri, serta waktu munculnya nyeri. Isi dari asesmen awal nyeri mencakup beberapa komponen berikut:

a. Paliative/Provocating (P)

   Merupakan data yang berkaitan dengan faktor penyebab nyeri serta hal-hal yang dapat memperberat atau memperingan nyeri yang dirasakan pasien.

b. Quality (Q)

   Merupakan gambaran atau karakteristik nyeri yang dirasakan pasien, seperti nyeri terasa tertusuk, panas, terbakar, tertindih, atau sensasi lainnya.

c. Region/Radiation (R)

Merupakan lokasi nyeri yang dirasakan oleh pasien serta arah penyebaran nyeri apabila nyeri tersebut menjalar ke bagian tubuh lain.

d. Severity (S)

Merupakan tingkat intensitas nyeri yang dirasakan pasien, yang umumnya diukur menggunakan skala atau derajat nyeri tertentu.

e. Treatment (T)

Merupakan informasi mengenai upaya penanganan atau pengobatan nyeri yang pernah dilakukan sebelumnya, termasuk hasil terapi, efek samping yang muncul, efektivitas pengobatan, serta jenis obat analgetik yang sedang digunakan saat ini.

(Pinzon, 2016).

2.4.5. Intensitas Nyeri

Menurut (Suwundo et al., 2017) penilaian intensitas nyeri merupakan hal penting dalam menentukan pilihan terapi dan mengevaluasi efektivitas pengobatan nyeri. Untuk tujuan pemilihan terapi, intensitas nyeri dapat dikategorikan menggunakan *Numeric Pain Rating Scale* (NPS) sebagai berikut: nyeri ringan (skor 1–3), nyeri sedang (skor 4–6), dan nyeri berat (skor 7–10). Pada nyeri ringan, dapat dipertimbangkan pemberian analgesik sederhana atau terapi nonfarmakologis. Nyeri dengan intensitas sedang biasanya memerlukan penggunaan NSAID, kombinasi analgesik, atau analgetik adjuvan. Sementara itu, nyeri berat seringkali memerlukan pemberian opioid.

Skala nyeri terbagi menjadi dua jenis, yaitu skala uni-dimensional dan skala multidimensional. Skala uni-dimensional hanya menilai intensitas nyeri (komponen sensorik), sedangkan skala multidimensional menilai intensitas nyeri sekaligus dampak dan tingkat keparahan nyeri (komponen emosional).

a. Skala Nyeri Uni-Dimensional

Skala uni-dimensional fokus pada pengukuran intensitas nyeri tanpa menilai dampak atau akibat nyeri terhadap pasien. Skala ini paling sesuai untuk asesmen nyeri akut karena pada kondisi nyeri akut, rangsangan pada serabut saraf sensorik lebih dominan. Selain itu, skala ini juga cocok untuk pemilihan terapi dan evaluasi efektivitas analgesik.

1. Visual Analog Scale (VAS).

VAS merupakan skala linier yang menggambarkan gradasi tingkat nyeri secara visual. Skala ini biasanya berupa garis sepanjang 100 mm dengan tanda di kedua ujung: satu ujung menunjukkan “tidak ada nyeri” (0) dan ujung lain menunjukkan “nyeri terparah” (100 mm). Skala dapat disusun secara horizontal atau vertikal. Kelebihan VAS adalah mudah dan sederhana digunakan. Namun, pada pasien yang kurang kooperatif, misalnya yang mengalami nyeri sangat berat atau dalam periode pasca operasi, penilaian VAS bisa sulit dilakukan karena gangguan koordinasi visual-motorik dan konsentrasi pasien. VAS umumnya dapat digunakan pada pasien anak usia di atas 8 tahun dan pasien dewasa.

2. Verbal Rating Scale (VRS)

   VRS merupakan skala nyeri yang menggunakan angka 0–10 untuk menunjukkan tingkat nyeri, namun tidak memerlukan penggunaan gambar. Skala ini juga dapat menggunakan kata-kata untuk menandai tingkatan nyeri, mirip dengan konsep dua ujung ekstrem pada VAS. VRS dapat berupa skala intensitas nyeri atau skala pengurangan nyeri.Skala numerik verbal ini sangat bermanfaat pada pasien pasca operasi karena tidak terlalu bergantung pada koordinasi visual dan motorik pasien. Selain itu, skala verbal menggunakan kata-kata, bukan garis atau angka, untuk menggambarkan tingkat nyeri. Tingkatan yang digunakan biasanya meliputi: tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat, dan nyeri sangat berat. Sedangkan pengurangan nyeri dapat dinyatakan sebagai: tidak berkurang sama sekali, sedikit berkurang, cukup berkurang, hingga nyeri hilang sepenuhnya. Kelemahan VRS adalah karena pilihan kata yang terbatas, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri secara rinci.

3. Numeric Pain Rating Scale (NPS/NRS/NPRS)

   NPS merupakan skala nyeri yang sederhana dan mudah dipahami. Skala ini lebih mudah digunakan dibandingkan VAS, terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kelemahan NPS adalah kemampuannya yang terbatas dalam membedakan tingkat nyeri secara rinci. Jika VAS lebih tepat digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dan mengevaluasi efek terapi dalam penelitian karena sensitivitasnya yang tinggi, NPS lebih sesuai digunakan dalam praktik sehari-hari karena kesederhanaannya.

4. Wong Baker Faces Pain Rating Scale (FPS)

   Skala ini cocok digunakan pada pasien dewasa maupun anak berusia di atas 3 tahun yang kesulitan menggambarkan tingkat nyerinya menggunakan angka. Skala ini menggunakan ilustrasi wajah sebagai panduan untuk menilai intensitas nyeri.

b. Skala Nyeri Multidimensional

Skala multidimensional tidak hanya mengukur intensitas nyeri, tetapi juga ketidaknyamanan yang ditimbulkannya. Skala ini lebih sesuai digunakan untuk evaluasi nyeri kronis dan hasil terapi. Beberapa contoh skala multidimensional adalah:

1. McGill Pain Questionnaire (MPQ)

   MPQ terdiri dari empat bagian: (1) diagram nyeri, (2) indeks terkait nyeri, (3) pertanyaan tentang nyeri sebelumnya dan lokasi nyeri, serta (4) indeks intensitas nyeri saat ini. Indeks terkait nyeri mencakup 78 kata sifat yang dikelompokkan ke dalam 20 kategori. Kelompok 1–10 menggambarkan kualitas sensorik nyeri (misalnya waktu, lokasi, suhu), kelompok 11–15 menggambarkan kualitas afektif nyeri (misalnya stres, rasa takut, respons otonom), kelompok 16 untuk dimensi evaluasi, dan kelompok 17–20 berisi kata-kata khusus untuk kondisi tertentu. Penilaian dilakukan dengan memberi angka pada setiap kata sifat, kemudian dijumlahkan untuk memperoleh skor total.

2. Brief Pain Inventory (BPI)

   BPI adalah kuesioner medis yang awalnya dikembangkan untuk menilai nyeri pada pasien kanker, namun telah divalidasi untuk pengkajian nyeri kronis secara umum.

3. Memorial Pain Assessment Card

   Instrumen ini valid digunakan untuk menilai efektivitas pengobatan nyeri kronis secara subjektif. Penilaian mencakup empat komponen utama: intensitas nyeri, deskripsi nyeri, pengurangan nyeri, dan suasana hati (*mood*) pasien.

2.5. Konsep Terapi Murottal Al-Qur'an

2.5.1 Pengertian Terapi Murottal

Murottal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qari atau pembaca Al-Qur'an. Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat suci Al-Qur'an yang direkam dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat dan harmonis (Ardiansyah, 2022).

Murottal Al-Qur'an adalah istilah yang merujuk pada rekaman suara atau bacaan Al-Qur'an yang dilakukan oleh seorang qari (orang yang memiliki keahlian dalam membaca Al-Qur'an dengan tartil dan tajwid yang baik). Murottal merupakan singkatan dari murajaah tilawah, yang berarti mendengarkan atau membaca Al-Qur'an dengan baik dan benar (Verianty, 2023).

2.5.2 Mekanisme Kerja Murottal

Al-Qur'an yang diperdengarkan dalam bentuk murottal merupakan rangkaian gelombang suara atau frekuensi audio yang merambat melalui udara dan

diterima oleh indera pendengaran. Gelombang suara tersebut masuk melalui telinga, kemudian diubah menjadi impuls listrik yang diteruskan melalui saraf pendengaran menuju otak. Selanjutnya, otak dan sel-sel tubuh memberikan respons dengan merangsang produksi zat kimia tertentu yang dikenal sebagai neuropeptida. Molekul ini akan berinteraksi dengan reseptor di dalam tubuh sehingga menimbulkan efek fisiologis tertentu. Proses tersebut menunjukkan bahwa getaran suara dapat memengaruhi aktivitas sel-sel tubuh melalui mekanisme kerja pada berbagai area otak, terutama bagian frontal (Fauziah et al., 2025).

Berdasarkan penelitian Fauziah et al. (2025), mekanisme pelaksanaan terapi murottal dalam menurunkan intensitas nyeri dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

a. Tahap Awal

   Intensitas nyeri diukur terlebih dahulu menggunakan lembar observasi dan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) sebagai data dasar sebelum intervensi diberikan.

b. Persiapan Pasien

   1. Terapi diawali dengan membaca tasmiyah.
   2. Pasien diposisikan terlentang dengan kedua tangan diletakkan di atas perut atau di samping tubuh agar tubuh dalam keadaan rileks.

c. Pelaksanaan Terapi Murottal

   1. Diperdengarkan bacaan ayat Al-Qur’an dengan tempo yang teratur selama ±15-20 menit.

2. Pasien menggunakan headphone untuk meningkatkan konsentrasi dan meminimalkan gangguan dari lingkungan sekitar.
3. Pasien dianjurkan memejamkan mata, mengikuti alunan bacaan, serta menghayati lantunan ayat tanpa perlu menganalisis maknanya secara mendalam.

d. Tahap Penutup

1. Setelah sesi selesai, pasien diminta membuka mata dan kembali
2. Peralatan dirapikan setelah intervensi selesai dilaksanakan.

e. Tahap Akhir (Post-test)

Intensitas nyeri diukur kembali menggunakan skala NRS untuk mengetahui perubahan tingkat nyeri setelah pemberian terapi murottal.

Pada penelitian (Rahmilasari et al., 2025) dalam penerapannya di ruang perawatan, setiap kamar dilengkapi dengan televisi dan perangkat audio yang dapat digunakan untuk memutar murottal. Terapi diberikan minimal dua kali dalam sehari kepada pasien , dengan durasi kurang lebih 20 menit setiap sesi. Pelaksanaan dilakukan selama pasien menjalani masa perawatan di ruang tersebut.

2.5.3 Keunggulan Terapi Murottal dalam Praktik Keperawatan

Murottal Al-Qur'an memiliki manfaat dari aspek kesehatan, antara lain membantu menurunkan kadar hormon stres dan merangsang pelepasan hormon endorfin alami dalam tubuh. Lantunan ayat suci juga dapat meningkatkan rasa relaksasi, mengurangi perasaan takut, cemas, dan tegang, serta menyeimbangkan proses kimiawi dalam tubuh. Kondisi tersebut berdampak pada penurunan tekanan darah, perlambatan frekuensi napas dan denyut nadi, serta stabilisasi aktivitas

gelombang otak, sehingga persepsi terhadap nyeri dapat berkurang. Selain itu, terapi murottal berperan dalam merangsang otak memproduksi zat kimia berupa neuropeptida yang bekerja pada reseptor tubuh dan menimbulkan sensasi nyaman serta rasa tenteram (Ardiansyah, 2022).