

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Sectio Caesarea

2.1.1. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah cara melahirkan janin dengan dilakukan pembuatan sayatan pada bagian dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio caesarea* adalah suatu tindakan histerotomia untuk melahirkan janin dalam rahim. *Sectio caesarea* adalah persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui proses insisi dinding perut dan dinding rahim, tindakan *sectio caesarea* memiliki syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Setiyaningrum, 2018)

2.1.2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Operasi *sectio caesarea* dilakukan jika persalinan normal akan menimbulkan risiko bagi ibu atau janin, dengan beberapa pertimbangan untuk dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* akibat proses persalinan normal lama atau kegagalan pada proses persalinan normal (Setiyaningrum, 2018). Indikasi *sectio caesarae* pada ibu dan janin sebagai berikut: Pada ibu

- a) Disporposi kepala panggul (CFD/FPD)
- b) Rupture uteri mengancam
- c) Partus lama (prolonged labor)
- d) Partus tak maju (obstructed labor)
- e) Distosia serviks
- f) Preeklamsia dan hipertensi

- g) Tumor-tumor di jalan lahir menimbulkan obstruksi
- h) Disfungsi uterus
- i) Distosia jaringan lunak

Pada janin

- a) Janin besar
- b) Gawat janin
- c) Janin dalam posisi melintang atau sungsang
- d) Fetal di stres
- e) Kelainan letak
- f) Hydrocephalus

2.1.3. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Tindakan *sectio caesarea* pada umumnya tidak dilakukan pada: 1. Janin sudah mati atau berada pada perkembangan janin yang tidak baik. 2. Infeksi pada jalan lahir dan fasilitas untuk tindakan *sectio caesarea* ekstraperitoneal. 3. Tidak adanya dokter dan tenaga asisten yang berpengalaman. (Hijratun, 2019)

2.1.4. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Metasari (2018), klasifikasi bentuk pembedahan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

- a) *Sectio caesarea* klasik Dibuat vertikal diatas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan panjang pada korpus uteri sekitar 10 cm. 2.
- b) *Sectio caesarea* transperitonel profunda Disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmen bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika memungkinkan bagian bawah rahim tidak berkembang

atau tidak cukup tipis. Sayatan dilakukan sampai otot – otot bawah rahim.

c) *Sectio caesarea* histerektomi Suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea*, dilanjut dengan pengangkatan rahim.

d) *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal *Sectio caesarea* berulang pada pasien yang sebelumnya melakukan *sectio caesarea*. Biasanya dilakukan diatas bekas luka sayatan yang lama

2.1.5. Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi pada tindakan *sectio caesarea* sebagai berikut :

1. Infeksi puerpuralis
 - a) Infeksi ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - b) Infeksi sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Infeksi berat, dengan peritonitis,sepsis dan ileus paralitik. Hal ini sering dijumpai pada kelahir terlantar, sebelumnya sudah terjadi infeksi intrapartal karena adanya pecah ketuban yang sudah terlalu lama. Bisa ditangani dengan pemberian cairan, elektrolit, dan antibiotik yang adekuat dan tepat.
2. Perdarahan Memiliki penyebab sebagai berikut : Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka Atonia uteri (kondisi uterus yang tidak adekuat Perdarahan pada plasenta bed Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi
 - d) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan yang akan datang

(Setiyaningrum, 2018).

2.2. Konsep *Post partum*

2.2.1. Definisi *Post partum*

Post partum merupakan masa yang dimulai setelah wanita melahirkan kira-kira 6 minggu. *Post partum* merupakan masa kehamilan yang dimulai ketika selesai persalinan sampai alat-alat kandungan kembali sebelum hamil, lama masa nifas sekitar 6-8 minggu (Zubaidah, 2021).

2.2.2. Perubahan Fisiologis Post Partum

Menurut (Zubaidah, 2021) Perubahan yang terjadi pada ibu *post partum*, yaitu:

1. Sistem Reproduksi

a Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan relaksasi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Perubahan Uterus

Tabel 1.1

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat symps	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr

6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

a. Lochea

Lochea atau cairan berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa *post partum*. Berikut beberapa jenis dari Lochea:

1) Lochea Rubra

Cairan ini muncul pada hari ke 1-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.

2) Lochea Sanguilenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung selama 3-7 hari *post partum*.

3) Lochea Serosa

Cairan ini berwarna kuning karena mengandung serum jaringan desidua,

leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ke 7-12 *post partum*.

4) Lochea Alba

Cairan ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea ini bisa berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

b Vulva dan Vagina

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan

serta peregangan yang sangat besar dan berangsur-angsur luasnya akan berkurang, tetapi jarang sekali kembali ke ukuran sebelumnya multipara.

c Serviks

Setelah persalinan serviks menganga dan dalam 4minggu rongga bagian luarnya baru kembali normal.

2. Sistem Pencernaan

Setelah 2 jam pasca persalinan ibu akan merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi bisa terjadi karena kondisi psikis ibu, biasanya karena taut BAB akibat ada luka jahitan di perineum.

3. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal yang terenggang dan dilatasi selama kehamilan, akan kembali normal pada ahir minggu ke-4.

4. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diagfragma dan pelvis yang meregang selama kehamilan akan berangsur-angsur mengecil seperti semula.

5. Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan adalah:

- a Hormon Oksitosin: berperan dalam kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan *post partum*, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

- b Hormon Prolaktin: berperan dalam memproduksi ASI, dimana hormon ini dihasilkan oleh kelenjar pituitrin. Jika ibu *post partum* tidak menyusui selama 14-21 hari maka akan timbul menstruasi.
- c Hormon Plasenta: pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan.
- d Hipotalamik Pituitary Ovarium: mempengaruhi lamanya ibu untuk mendapatkan menstruasi pada ibu yang menyusui dan tidak menyusui. Pada ibu menyusui akan mendapat menstruasi pada minggu ke 6 berkisar 16% sedangkan pada ibu yang tidak menyusui berkisar 40%.

6. Perubahan TTV

a Tekanan Darah

Pasca melahirkan pada kasus normal biasanya tekanan darah tidak berubah 140/90mmHg perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah bisa jadi karena perdarahan. Sedangkan perubahan tekanan darah menjadi lebih tinggi pada ibu *post partum* merupakan tanda terjadinya preeklamsi *post partum*.

b Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa yaitu 60- 100x/menit, setelah melahirkan biasanya denyut nadi lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100x/menit adalah abnormal dan mengidentifikasi adanya infeksi atau perdarahan *post partum*.

c Pernapasan

Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-24x/menit. Pada ibu *post partum* umumnya pernapasan lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat bila pernapasan pada masa *post partum* cepat >30x/menit, kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

d Suhu

Suhu tubuh saat *post partum* dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal kenaikan suhu tubuh ini akibat dari kerja keras proses melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-3 suhu tubuh akan naik kembali karena ada pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI, payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Apabila suhu tidak turun dan suhu di atas 38°C kemungkinan terjadi infeksi pada endometrium mastitis, traktus genitalis.

2.2.3. Perubahan Psikologis *Post Partum*

Menurut (Zubaidah, 2021) fase-fase yang akan dialami oleh ibu *post partum* antara lain:

a. Fase Ketergantungan (*Taking In*)

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, perhatian ibu hanya berfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Gangguan psikologi yang dialami oleh ibu fase ini yaitu Kekecewaan pada bayi, Ketidaknyamanan sebagai akibat dari

perubahan fisik yang dialami dan Rasa bersalah karena ASI belum keluar.

b. Fase antara Ketergantungan dan Mandiri (*Taking Hold*)

Fase ini terjadi pada hari ke 3-10 pasca melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab perawatan bayinya. Jika ibu merawat bayinya, maka ia harus memperhatikan kualitas dan kuantitas produksi ASI nya.

c. Fase Penerimaan Peran Baru (*Letting Go*)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya.

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual maupun fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot (Utami dan Fitriahadi, 2019).

Ibu *post partum* sering mengalami nyeri pada bagian perineum, nyeri perineum bisa menjadi persoalan bagi ibu *post partum* karena akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan dan kecemasan untuk

melakukan mobilisasi dini. Nyeri perineum timbul karena adanya kejadian robekan atau laserasi perineum saat proses melahirkan. Nyeri perineum akan dirasakan secara berbeda pada setiap ibu *post partum* karena setiap ibu *post partum* memiliki kemampuan yang berbeda dalam beradaptasi dengan rasa nyeri (Utami & Fitriahadi, 2019)

2.3.2. Klasifikasi

Menurut SDKI (2017), Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu:

a. Nyeri akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan ke berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

2.3.3. Pengukuran Skala Nyeri

Klien merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, klien harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatan dari nyeri. ada beberapa cara yang digunakan untuk menggambarkan nyeri diantaranya menggunakan skala verbal atau *Visual Analog Scale* (VAS), skala intensitas nyeri numerik atau

numeric Rating Scale (NRS) dan menggunakan skala *Faces Pain Rating Scale* (FPRS).

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm. ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujungkanan menandakan nyeri yang berat. Pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu tanda angka, kecuali 0 dan angka 10. Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

0 = tidak ada nyeri

1-2 = nyeri ringan

3-4 = nyeri sedang

5-6 = nyeri berat

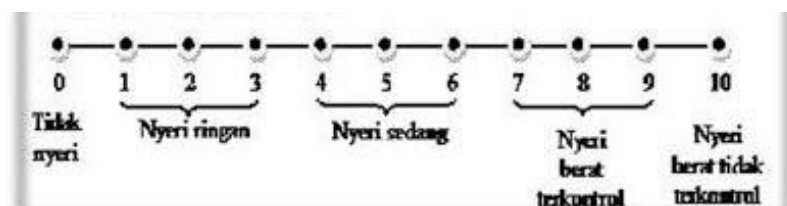
7-8 = nyeri sangat berat

9-10 = nyeri buruk sampai tidak tertahankan.

b. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Abarca, 2021).

Gambar 1.1 skala nyeri numerik



Keterangan :

0 = Tidak Nyeri

1-3 = Nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 = Nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7 –9 = Nyeri Hebat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi.

10 = Nyeri sangat Hebat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c. *Faces Pain Rating Scale* (FPRS)

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambarkartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka dari 0 sampai dengan 5. Skala ini biasanya digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak. Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut :

0 = tidak menyakitkan

1= sedikit sakit

2= lebih menyakitkan

3= lebih menyakitkan lagi

4= jauh lebih menyakitkan lagi

5= benar-benar menyakitkan

2.3.4. Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri. Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda (Aydede, 2017).

1. Respon Fisiologis

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan.

Tabel 1.2
Reaksi Fisiologis terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
STIMULASI SIMPATIK*	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
STIMULASI PARASIMPATIK	

Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan Otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vegal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

2. Respon Perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Aydede, 2017). Respon perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 1.3

Respon Perilaku Nyeri pada Klien

Respon Perilaku Nyeri pada Klien	
Vokalisasi	1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak napas 4. Mendengkur
Eksplorasi wajah	1. Meringis 2. Menggertakkan gigi 3. Mengerutkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5. Menggigit bibir
Gerakan tubuh	1. Gelisah 2. Imobilisasi 3. Ketegangan otot 4. Peningkatan gerakan jari dan tangan

	5. Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan 6. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 7. Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi sosial	1. Menghindari percakapan 2. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri 3. Menghindari kontak sosial 4. Penurunan rentang perhatian

Menurut Dr. I Putu (2022), pada kasus nyeri tidak ditangani dapat menimbulkan masalah lainnya terhadap tubuh yaitu:

- a. Pada jantung akan menyebabkan peningkatan nadi, tekanan darah meningkat, kontraktilitas pompa jantung meningkat.
- b. Pada bagian paru akan terjadi gangguan dari perkembangan paru karena nyeri, penurunan kapasitas paru untuk bernafas, kesulitan untuk batuk yang nantinya akan menyebabkan infeksi paru-paru.
- c. Pada bagian pencernaan akan menyebabkan penurunan pergerakan usus, mual dan muntah.
- d. Pengaruh pada ginjal yang disebabkan oleh nyeri adalah penurunan volume urin hingga sulit untuk buang air kecil.
- e. Pada bagian otot akan terjadi kelemahan, pergerakan terbatas, otot akan menjadi kecil dan tubuh merasa lemah.
- f. Pada aspek psikologis dapat menyebabkan ansietas, ketakutan, depresi, penurunan kualitas hidup dan produktivitas.
- g. Secara umum akan terjadi penurunan durasi penyembuhan pada pasien, durasi rawat inap akan memanjang, terhambat dalam

kembalinya aktivitas sehari-hari, peningkatan biaya untuk rawat inap.

2.3.5. Penatalaksanaan Nyeri

Dalam hal mengatasi nyeri yang dialami pasien, tenaga medis melakukan strategi atau cara yang sering disebut dengan istilah manajemen nyeri. Manajemen nyeri terbagi ke dalam dua jenis yakni manajemen nyeri farmakologi dan non farmakologi. Manajemen nyeri farmakologi merupakan upaya atau strategi penyembuhan nyeri menggunakan obat-obatan anti nyeri. Tenaga medis yang dominan berperan dalam manajemen farmakologi adalah para dokter dan apoteker. Sedangkan manajemen nyeri non farmakologi merupakan strategi penyembuhan nyeri tanpa menggunakan obat-obatan tetapi lebih kepada perilaku Caring (Utami, 2016).

Menurut (Utami, 2016) penatalaksanaan nyeri terbagi menjadi 2 yaitu secara farmakologi dan secara non farmakologi

1. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Penanganannya bisa dengan diberikan analgesik, pemberian secara intra vena maupun intramuskuler. Tetapi pemberian analgesik terus menerus akan mengakibatkan kecanduan obat. Pemberian obat juga tidak meningkatkan kemampuan pasien untuk mengontrol nyerinya.

2. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis

Sedangkan terapi non farmakologis itu diberikan untuk membantu menurunkan tingkat nyeri beberapa terapi non farmakologis yang dilakukan adalah meditasi, relaksasi napas dalam, hipnosis, terapi musik atau murottal. Untuk yang non farmakologi banyak digunakan dalam mengatasi masa nifas, selain itu juga tidak menimbulkan efek samping.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada ibu *post* operasi *Sectio Caesarea* menurut (Rini, 2018) adalah sebagai berikut :

1. Identitas

Pasien ibu usia diatas 35 tahun lebih beresiko tinggi terjadi terminasi kehamilan dengan cara *sectio caesarea*, dan dari hasil penelitian (Purwanti, 2016) menjelaskan usia beresiko untuk hamil adalah 35 tahun dikarenakan pada usia 20 tahun fungsi organ ibu serta psikologis ibu belum siap pada usia >35 tahun dikarenakan penurunan elastisitas otot panggul.

2. Keluhan Utama Rini (2018) mengatakan keluhan utama pada *post* operasi *Sectio Caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

3. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio*

Caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasa previa), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (multiple pregnancy), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan (Rini, 2018).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data pasien pernah riwayat *Sectio Caesarea* sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti danya penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin (Rini, 2018).

c) Riwayat Perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini (Rini, 2018)

d) Riwayat Obsterti Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berpa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas post operasi *Sectio Caesarea* yang lalu (Rini, 2018).

e) Riwayat Persalinan Sekarang Meliputi tanggal persalinan, jenis

persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak

- f) Riwayat KB Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.
- g) Riwayat Kesehatan

Keluarga Didapatkan pasien pernah melakukan terminasi kehamilan dengan *sectio caesarea* dan terkoreksi penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada pasien

4. Pola Fungsi Kesehatan

- a) Pola Aktivitas Aktivitas pasien terbatas, dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena pasien mudah letih, pasien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : duduk ditempat tidur, menyusui
- b) Pola Eliminasi Pasien dengan *post partum* biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya odema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan infeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB
- c) Pola Istirahat dan Tidur Pasien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan
- d) Pola Hubungan dan Peran Pasien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya

- e) Pola Penanggulangan Stress Pasien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri
- f) Pola Sensori Kognitis Pasien merasakan nyeri pada prineum karena adanya luka janhitan akibat *Sectio Caesarea*
- g) Pola Persepsi dan Konsep Diri Pasien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan pasien menalami perubahan pada ideal diri
- h) Pola Reproduksi dan Sosial Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri ekas jahitan luka *Sectio Caesarea*

5. Pemeriksaan Fisik

- a) Tanda - Tanda Vital Apabila terjadi perdarahan pada *post partum* tekana darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuhturun
- b) Kepala

Rambut Bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan, Mata Terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sclera kuning. Telinga Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga Hidung Adanya polip atau tidak dan apabila pada *post partum* kadangkadang ditemukan pernapasan cuping hidung. Mulut dan Gigi Mulut bersih / kotor, mukosa bibir kering / lembab

- c) Leher Saat dipalpasi ditemukan ada / tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah
- d) Thorax Payudara Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam kecoklatan, puting susu menonjol, air susu lancer dan banyak keluar. Paru-Paru Inspeksi : Simetris / tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan. Palpasi : Ada / tidak nyeri tekan, ada / tidak teraba massa Perkusi : Redup / sonor Auskultasi : Suara nafas Vesikuler / ronkhi / wheezing Jantung Inspeksi : Ictus cordis teraba / tidak Palpasi : Ictus cordis teraba / tidak Perkusi : Redup / tympani Auskultasi : Bunyi jantung lup dup
- e) Abdomen Inspeksi : Terdapat luka jahitan post op ditutupi verban, adanya striae gravidarum Palpasi : Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras Perkusi : Redup Auskultasi : Bising usus (+)
- f) Genetalia Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak
- g) Ekstremitas Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan-kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (SDKI 2017) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077)
2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (SDKI D.0142)

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0056)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0109)
5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (SDKI D.0029)
6. Ketidaknyamananpasca partum berhubungan dengan pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI (D.0075)

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan pasien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kondisinya. Rencana keperawatan yang diprioritas kan dari beberapa diagnosa keperawatan yang muncul diatas adalah sebagai berikut:

Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan pasien secara optimal agar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kondisinya. Rencana keperawatan yang diprioritas kan dari beberapa diagnosa keperawatan yang muncul diatas adalah sebagai berikut:

Tabel 1.4

N O	DIAGNOSA KEPERAWAT AN		TUJUAN	INTERVENSI
1	Nyeri	akut	Setelah dilakukan tindakan	Manajemen nyeri (I. 08238)
	berhubungan			

dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077)	keperawatan 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 7. Tekanan darah membaik 8. Pola tidur membaik 9. Nafsu makan membaik 10. Perilaku membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Monitor nyeri pada kualitas hidup 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringani nyeri 6. Identifikasi pengaruh buaya pada respon nyeri 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 8. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9. Control lingkungan yang menyebabkan nyeri 10. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 11. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi
---	---	---

				12. Jelaskan strategi Pereda dan pemicu nyeri 13. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 14. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian analgesic
2.	Resiko Infeksi (SDKI D.0142)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan membaik 3. Nafsu makan membaik 4. Membrane mukosa membaik 5. Sikap terhadap	Pencegahan infeksi (I. 14539) Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	

		makan dan minum sesuai dengan tujuan Kesehatan	dan cairan
		6. Pengetahuan tentang makanan sehat meningkat	
		7. Pengetahuan tentang standar nutrisi yang tepat meningkat	
3.	Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka kenyamanan pasca partum meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Merintih menurun 4. Payudara	Perawatan Kenyamanan (I. 08245) Observasi 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi dan situasi 3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual Terapeutik 4. Berikan posisi

		bengkak	nyaman
		membaik	5. Berikan
		5. Tekanan darah	kompres hangat
		membaik	6. Ciptakan
		6. Frekuensi nadi	lingkungan yang
		membaik	nyaman
			7. Berikan terapi
			hipnosis
			8. Berikan
			pemijatan
			9. Dukungan
			keluarga dan
			pengasuh
			terlibat dalam
			terapi
			Edukasi
			10. Ajarkan terapi
			relaksasi
			11. Jelaskan
			mengenai
			kondisi dan
			pilihan terapi
			12. Ajarkan Latihan
			pernafasan
			13. Ajarkan Teknik
			distraksi
			Kolaborasi
			14. Kolaborasi
			pemberian
			analgesic
4.	Intoleransi	Setelah dilakukan	Observasi
	aktivitas	tindakan	1. Identifikasi

berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0056)	keperawatan selamax24 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :	gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
	1. Frekuensi nadi meningkat (5)	2. Monitor kelelahan fisik yang dan emosional
	2. Keluhan lelah menurun (5)	Monitor pola dan jam tidur
	3. Dispnea saat aktivitas menurun (5)	Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
	4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5)	Terapeutik
		5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
		6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
		Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
		Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur
		Edukasi

-
7. Anjurkan tirah baring
 8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 9. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
 10. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

11. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat	Obersevasi
			1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat

		(5)	bantu perawatan
		2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)	Terapeutik
			1. Sediakan lingkungan yang terapeutik
			2. Siapkan keperluan pribadi
		3. Kemampuan ke toilet meningkat (5)	3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
		4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5)	4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan Fasilitasi kemandirian
		5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)	5. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
			Edukasi
			6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
6.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam	Observasi
			1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan

ketidakadekuatan suplai ASI (SDKI D.0029)	status menyusui membaik dengan kriteria hasil :	menerima informasi
	1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5)	2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
	2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5)	Trapeutik
	3. Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam meningkat (5)	3. Sediakan materi dan media penkes
	4. Suplai ASI meningkat (5)	4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan
	5. Kecemasan maternal menurun (5)	5. Berikan kesempatan untuk bertanya
		6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
		7. Libatkan sistem pendukung
		Edukasi
		8. Berikan konseling menyusui
		9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
		10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan

perlekatan
dengan benar
11. Ajarkan
perawatan
payudara
postpartum

2.4.4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi dilakukannya pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah disusun dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Rini, 2018).

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus- menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. (Rini, 2018)

2.5. Konsep Terapi Murottal

2.5.1. Definisi Terapi Murottal

Terapi Murottal merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien memberikan perlakuan terapi dengan memperdengarkan ayat-ayat suci Al quran,

terapi murottal AlQuran adalah terapi bacaan Al Quran yang merupakan terapi religi dimana seseorang dibacakan ayat-ayat Al Quran selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang (Hendra., 2020). Murottal Al-Qur'an termasuk teknik distraksi dimana teknik distraksi sangat efektif digunakan untuk mengalihkan nyeri, hal ini disebabkan karena distraksi merupakan metode dalam upaya mengurangi nyeri dan sering membuat pasien lebih menahan nyerinya (Elzaky, 2015). Dalam studi penelitian (Suwardi dan Rahayu, 2019) tentang efektifitas terapi musik murottal lantunan ayat suci Al-Qur'an terhadap penurunan tingkat nyeri (kronis) pada pasien kanker, yang diberikan pada kelompok terapi murottal surah Ar-Rahman 2 kali setiap hari selama 21 hari berturut-turut dengan durasi waktu 15 menit dengan volume 50 desibel, didapatkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi murottal pada kelompok intervensi dengan hasil menunjukkan bahwa tingkat nyeri mengalami penurunan drastis dari nyeri berat ke nyeri ringan.

2.5.2. Tujuan Terapi murottal

Terapi murottal Al-Qur'an memberikan dampak psikologis kearah positif, memberikan respon relaksasi, ketenangan, kesadaran dan kedamaian. Ketika seseorang mendengarkan murottal Al-Qur'an maka akan diterjemahkan oleh otak (Fara, 2022). Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, terapi murottal melalui terapi pembacaan Al Quran memberikan manfaat dan obat yang mujarab bagi seseorang yang mengalami kegundahan hati, keputusasaan, kecemasan, meningkatkan

perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Hendra, 2020).

2.5.3. Indikasi

Beberapa situasi dan keadaan dilakukannya terapi murottal yaitu klien yang mengalami nyeri, tingkat kecemasan yang tinggi dll. Perawat perlu melakukan pengkajian yang tepat terkhususnya dalam pengukuran tingkat nyeri dalam memberikan intervensi keperawatan pada klien. (Hasibuan dan Prihati, 2019).

2.5.4. Kontraindikasi

Beberapa faktor penghambat dalam pelaksanaan intervensi ini yaitu kondisi klien yang bisa mengalami perubahan kapanpun maka akan bisa menghambat pelaksanaan terapi ini, alat yang digunakan seperti handphone dan headphone mengalami kehabisan baterai dan kerusakan juga akan menghambat pelaksanaan terapi ini (Sisnawati H, dan Umami K, 2017)

2.5.5. Manfaat Terapi Murottal

a) Mengurangi Kecemasan

Menurut (Tambunan, 2018) Al Quran yang dibaca dengan suara yang merdu dan indah adalah terapi musikal yang mampu memperbaiki, memelihara, mengembangkan fisik, mental, kesehatan emosi dan menghilangkan kecemasan. Perangsangan auditori melalui murottal Al Quran mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormone

endorphin dalam sistem kontrol desenden (Tambunan, 2018). Efek suara dapat keseluruhan fisiologis tubuh pada basis aktivasi korteks sensori dengan aktifitas sekunder lebih dalam neokortek dan beruntun ke dalam sistem limbic, hipotalamus dan sistem saraf otonom (Siswoyo, et al, 2017). Membaca atau mendengar Al Quran akan memberikan efek relaksasi sehingga pembuluh darah nadi dan jantung mengalami penurunan yang menimbulkan penurunan kecemasan (Handayani et al, 2014).

b) Menstabilkan tanda-tanda Vital

Lantunan Al Quran bisa menstabilkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, denyut jantung, pernafasan serta saturasi oksigen. Lantunan Al Quran mengandung unsur unsur suara manusia yang bisa menurunkan hormon stress, mengaktifkan hormon endorpin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, dan aktifitas gelombang otak (Handayani et al, 2014).

c) Menurunkan tingkat nyeri

Penelitian yang dilakukan oleh (Anwar et al, 2019) menunjukan adanya peningkatan kadar β endorphin pada pasien yang mengalami nyeri. β endorphin adalah salah satu bahan kimia otak yang di kenal sebagai neurotransmitter berfungsi untuk mengirimkan sinyal sinyal listrik dalam sistem saraf. Stres dan rasa sakit adalah dua faktor yang paling umum dalam menyebabkan pelepasan β - endorphin (Anwar et al, 2019). Teori perubahan hormon mengemukakan tentang peranan endorfin yang merupakan substansi atau neurotransmitter menyerupai

morfin yang dihasilkan tubuh secara alami neurotransmitter tersebut hanya bisa cocok pada reseptor-reseptor pada saraf yang secara spesifik dibentuk untuk menerimanya. Keberadaan endorfin pada sinaps sel-sel saraf mengakibatkan penurunan sensasi nyeri (Nurdiansyah, 2015).

Peningkatan endorfin terbukti berhubungan erat dengan penurunan rasa nyeri, peningkatan daya ingat, memperbaiki nafsu makan, kemampuan seksual, tekanan darah dan pernafasan. Seperti diketahui bahwa endorfin memiliki efek relaksasi pada tubuh. Endorfin juga sebagai ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain mengeluarkan *Gama Amino Butyric Acid* (GABA) yang berfungsi menghambat hantaran impuls listrik dari satu neuron ke neuron lainnya oleh transmitter di dalam sinaps. Selain itu, midbrain juga mengeluarkan enkepalin dan beta endorfin. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang akhirnya mengeliminasi neurotransmitter rasa nyeri pada pusat persepsi dan interpretasi somatik di otak sehingga efek yang bisa muncul adalah nyeri berkurang (Nurdiansyah, 2015).

d) Meningkatkan memori otak

Menurut (Fauzan dan Abidin, 2017) bacaan Al Quran merangsang munculnya Alpha serta merangsang lobus temporal pada otak yang berisi hippocampus pusat memori otak sehingga aktivasi pada daerah tersebut memudahkan seseorang dalam belajar dan menghafal.

2.5.6. Mekanisme Terapi Murottal

Murottal Al Quran yang diperdengarkan melalui suara, intonasi serta makna ayat ayat yang terkandung dalam murottal Al-Quran dapat menimbulkan perubahan pada tubuh manusia (Rochmawati, 2018). Suara murottal yang lambat yang dihasilkan sebagai getaran suara akan menggetarkan membrane timpani diteruskan menuju organ korti dalam koklea yang akan di ubah dari sistem saraf melalui Nervus VIII (Saraf pendengaran) dan diteruskan ke korteks auditori yang ada di korteks cerebri menuju sistem limbik yang merupakan target utama reseptor opiate yang mengatur homeostatis melaui kortek limbik sehingga menimbulkan rasa nyaman (Safitri, 2018).

Ketika seseorang mendengarkan murottal maka akan memberikan rangsangan pada gendang telinga akan mulai proses mendengarkan dimana setiap bunyi yag dihasilkan sumber bunyi akan diteruskan melalui saraf pendengaran menuju kortek pendengaran di otak (Risky dan Maru, 2019). Perangsangan auditori melalui murottal Al Quran mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormon endorphen dalam sistem kontrol desenden (Tambunan, 2018). Bacaan murottal selama 15 menit akan sampai ke otak dan akan diterjemahkan oleh otak sehingga memberikan dampak yang positif (Nuhan et al, 2018).

Murottal Al Quran yang diperdengarkan mengakibatkan rangsanagan ke hipotalamus sehingga produksi CRF (Corticotropin Releasing Fakto) yang akan merangsang kelenjar Primary anterior untuk

memproduksi ACTH dan menstimulasi endorphen (Anam, 2017). Suara dapat menurunkan hormone stress, mengaktifkan hormon endhorpin alami sehingga hal ini bisa berpengaruh pada sistem kimia tubuh dan berakibat pada tekanan darah yang menurun, memperlambat pernafasan serta detak jantung, nadi, serta aktivitas gelombang otak (Handayani, Fajarsari, Asih, dan Rohmah, 2014). Selain menstimulasi endhorpin suara lantunan murottal juga dapat membangkitkan gelombang alpha yang ada di otak sehingga hipokampus sebagai pusat memori bisa bekerja dengan sempurna karena kondisi otak menjadi lebih rileks dan waspada (Azizah, Wiyono, dan Fitriani, 2019).

2.5.7. SOP Terapi Murottal

Standar operasional prosedur terapi Murottal menurut (Dahlan, 2019) sebagai berikut:

Tabel 1.5

Prosedur	Rasional
Tahap Pra Interaksi 1. Melakukan kontrak waktu 2. Mengecek kesiapan klien dan lingkungan klien 3. Menyiapkan alat	1. Kontrak waktu dapat menciptakan rasa percaya pasien terhadap perawat 2. Mengetahui kesiapan klien sebelum pemberian terapi 3. Agar alat yang dibutuhkan segera

	tersedia sebelum terapi dilaksanakan
Tahap Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan menyapa nama pasien 2. Memvalidasi keadaan pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan	1. Salam terapeutik merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga terjalin rasa nyaman dan percaya 2. Untuk mengetahui keadaan pasien sebelum diberikan terapi 3. Agar pasien dan keluarga memahami tujuan dan prosedur pemberian terapi 4. Meminta persetujuan pasien dan keluarga sebelum terapi dilakukan
Tahap Kerja 1. Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya bila	1. Agar klien tidak memiliki rasa penasaran terkait tindakan yang akan dilakukan

ada sesuatu yang kurangdipahami/ jelas. 2. Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman 3. Batasi rangsang eksternal selama terapi dilakukan (mis lampu, suara, pengunjung, panggilan telepon 4. Yakinkan volume yang digunakan sesuai dengan keinginan pasien 5. Putar rekaman yang telah ditetapkan 6. nyalakan murottal sambil menginstruksikan klien untuk menutup mata 7. Instruksikan klien memfokuskan pikiran pada lantunan ayat-ayat al quran selama 15- 60 menit.	2. Agar klien nyaman dan rilex dengan posisi saat diberikan terapi 3. Agar klien dapat mendengarkan murottal dengan lebih khusyuk dan jelas 4. Agar klien dapat menikmati dan menghayati lantunan dari ayat suci al-quran yang diperdengarka
Tahan terminasi 1. Melakukan evaluasi	1. Untuk menilai adanya perubahan sebelum dan

perasaan klien 2. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula 3. Melakukan hand hygiene 4. Kontrak waktu selanjutnya	setelah pemberian terapi bermain mewarnai 2. Membereskan alat dan bahan yang telah digunakan selama pemberian terapi 3. Untuk menjaga kebersihan diri 4. Kontrak waktu dapat membantu persetujuan untuk pertemuan selanjutnya
---	--

2.6. Konsep Terapi Slow Deep Breathing

2.6.1. Definisi Terapi *Slow Deep Breathing*

Slow Deep Breathing adalah suatu aktivitas untuk mengatur pernapasan secara lambat dan dalam yang aktivitasnya disadari oleh pelakunya, korteks serebri mengatur pengendalian pernafasan secara sadar dan medulla oblongata mengatur pernapasan secara spontan atau automatic (Widia, 2021). *Slow deep breathing* merupakan teknik pernapasan yang berfungsi meningkatkan relaksasi, yang dapat menurunkan intensitas nyeri. *Slow deep breathing* akan menstimulasi saraf otonom yang mempengaruhi kebutuhan oksigen dengan

mengeluarkan neurotransmitter.

slow deep breathing dapat merangsang respon saraf otonom melalui pelepasan neurotransmitter endorfin yang berpengaruh terhadap penurunan respon saraf simpatis yang berfungsi meningkatkan aktivitas tubuh dan meningkatkan respon parasimpatis untuk menurunkan aktivitas tubuh. saraf-saraf pada *slow deep breathing* ini berdampak pada vasodilatasi pembuluh darah sehingga memudahkan oksigen mengalir ke bagian otak yang diharapkan lebih tercukupi. Relaksasi pernapasan yang lambat merupakan suatu teknik pernafasan, berhubungan dengan perubahan fisiologis yang dapat membantu memberikan respon relaksasi dan membuat sistem saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang memproduksi hormon endorfin yang berguna untuk mengurangi nyeri (Widia, 2021).

Slow deep breathing adalah metode bernapas yang frekuensi bernapas kurang dari 10 kali permenit dengan fase ekshalasi yang panjang. *Slow deep breathing* atau relaksasi napas dalam dengan tempo lambat merupakan tindakan yang disadari untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat yang dapat menimbulkan efek relaksasi yang bertujuan untuk menurunkan tekanan darah, mengurangi rasa nyeri, dan mengurangi stres atau cemas (Widia, 2021)

2.3.6. Tujuan Terapi *Slow Deep Breathing*

Bertujuan untuk mereleksasikan otot skeletal, dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Setelah dilakukan teknik *Slow deep breathing*

terdapat hormone yang dihasilkan yaitu hormone adrenalin dan hormone kortison kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Suwahyu et al., 2021).

2.3.7. Indikasi Terapi *Slow Deep Breathing*

Indikasi *Slow deep breathing* yaitu klien yang mengalami nyeri, tingkat kecemasan yang tinggi. Perawat perlu melakukan pengkajian yang tepat terkhususnya dalam pengukuran tingkat nyeri dalam memberikan intervensi keperawatan pada klien. (Hasibuan dan Prihati, 2019)

2.3.8. Manfaat Terapi *Slow Deep Breathing*

Manfaat teknik relaksasi (relaksasi napas dalam) menurut (Wardani, 2015) adalah sebagai berikut:

1. Ketentraman hati Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
2. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
3. Detak jantung lebih rendah
4. Mengurangi tekanan darah
5. Meningkatkan keyakinan
6. Kesehatan mental menjadi lebih baik

2.5.6. SOP Terapi *Slow Deep Breathing*

Standar operasional prosedur Terapi *slow deep breathing* menurut (Dahlan, 2019) sebagai berikut.

Tabel 1.6

Prosedur pemberian	Rasional
Tahap PraInteraksi 1. Melakukan kontrak waktu 2. Mengecek kesiapan klien dan lingkungan klien 3. Menyiapkan alat	1. Kontrak waktu dapat menciptakan rasa percaya pasien terhadap perawat 2. Mengetahui kesiapan klien sebelum pemberian terapi 3. Agar alat yang dibutuhkan segera tersedia sebelum terapi dilaksanakan
Tahap Orientasi 1. Memberikan salam terapeutik dan menyapa nama pasien 2. Memvalidasi keadaan pasien 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 4. Menanyakan persetujuan pasien sebelum kegiatan dilakukan	1. Salam terapeutik merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga terjalin rasa nyaman dan percaya 2. Untuk mengetahui keadaan pasien sebelum diberikan terapi 3. Agar pasien dan keluarga memahami tujuan dan prosedur pemberian terapi 4. Meminta persetujuan pasien

	dan keluarga sebelum dimulai
Tahap Kerja 1. Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas. 2. Posisikan dalam posisi dan lingkungan yang nyaman 3. Terapi <i>slow deep breathing</i> diberikan dengan cara Anjurkan klien untuk meletakkan satu tangan di atas dada dan satu tangan di atas perut, kemudian pasien diminta tarik nafas melalui hidung dengan mulut tertutup selama 3 detik dan meminta pasien untuk konsentrasi dan merasakan tarikan nafas dan hembuskan nafas melalui mulut. 4. Kerutkan bibir keluarkan melalui mulut dan hembuskan	1. Agar klien tidak memiliki rasa penasaran terkait tindakan yang akan dilakukan 2. Agar klien nyaman dan rileks dengan posisi saat diberikan terapi 3. Untuk dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri 4. Agar setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam hormone adrenalin dan hormone kortison. Kadar PaCO_2 akan meningkat dan menurunkan PH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah. 5. Agar intervensi yang diberikan efektif dengan melakukan terapi berapa kali

napas secara perlahan 5. Berikan terapi 3-5 kali atau sampai pasien merasanyaman dengan waktu 5-10 menit	
Tahap Terminasi 1. Melakukan evaluasi perasaan klien 2. Membereskan dan mengembalikan alat ke tempat semula 3. Melakukan <i>hand hygiene</i> 4. Kontrak waktu selanjutnya	1. Untuk menilai adanya perubahan sebelum dan setelah pemberian terapi bermain mewarnai 2. Membereskan alat dan bahan yang telah digunakan selama pemberian terapi 3. Untuk menjaga kebersihan diri 4. Kontrak waktu dapat membantu persetujuan untuk pertemuan selanjutnya

2.7. Hasil Penelusuran Literatur

Penelitian oleh (Nurhidayah et al, 2024) dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien dengan Nyeri Akut Operasi *Sectio Caesarea* dengan Pemberian Kombinasi Terapi Murottal dan Terapi *Slow Deep Breathing* di Rsup Wahidin Sudirohusodo” menyimpulkan bahwa Setelah dilakukan pemberian intervensi terapi murottal dan terapi *slow deep breathing* pada pasien *post operasi sectio caesarea* dengan masalah utama nyeri akut didapatkan hasil masalah teratasi dengan hasil pengukuran pada hari

pertama nyeri yang di rasakan skala 6, hari kedua berdasarkan numeric rating scale intensitas nyeri klien baik klien 1 dan 2 skala nyeri 4. Dan semakin mengalami penurunan pada hari ketiga yaitu skala nyeri 2.

Hal tersebut efektif dalam menurunkan nyeri post sc dimana sejalan dengan penelitian menurut (Purwati,2019) Terapi murottal dikombinasikan dengan napas dalam terhadap penurunan nyeri menggunakan kekuatan sugesti yang langsung akan merelaksasikan kondisi pasien, sehingga bisa menjadi lebih nyaman, nyeri menimbulkan respon autonomic berupa peningkatan nadi, peningkatan pernapasan dan tekanan darah, nyeri akut akan memacu peningkatan aktivitas saraf simpatis.

Tekanan darah arteri dipertahankan dan diatur oleh tonus vasomotor. Secara normal tonus vasomotor meliputi mekanisme neural dan hormonal. Pengaturan neural diatur oleh pusat vasomotor dari medulla oblongata, dimana pusat ini terdiri dari percabangan vasodepressor dan depressor, vasodepressor menyebabkan vasokonstriksi arteri dan menyebabkan tekanan darah arteri meningkat, sedangkan depressor menurunkan rangsangan simpatetik yang menyebabkan vasodilatasi dan menimbulkan tekanan darah arteri menurun.

Penelitian menurut (Endah Wahyuningsih, 2021) dengan judul “Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien *Sectio Cesarea*” menyimpulkan bahwa Berdasarkan hasil studi kasus yang didapatkan bahwa terapi murottal Ar Rahman dikombinasikan dengan napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien *post Sectio Caesarea*. Pemberian terapi murottal yang diberikan terdiri dari beberapa tahap yaitu tahap

prainteraksi menyiapkan SOP mendengarkan terapi Murottal Ar-Rahman, menyiapkan alat, melihat data atau status pasien, melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat, mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan terapi mendengarkan Murottal Ar-Rahman, menyiapkan ruangan yang tenang dan tidak ada kebisingan, mencuci tangan. Tahap orientasi dengan memberikan salam dan memperkenalkan diri, menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu, menjelaskan tujuan dan prosedur, menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien. Tahap kerja yaitu membaca basmalah, posisikan klien berbaring dengan meletakkan tangan di perut atau di samping badan, intruksikan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam 3 kali atau sampai pasien merasa rileks, pasang headset/headphone yang sudah disambungkan ke HP di kedua telinga pasien, nyalakan murottal sambil menginstruksikan klien untuk menutup mata, instruksikan pasien untuk memfokuskan pikirannya pada lantunan ayat-ayat Ar-Rahman 78 ayat selama $\pm$ 20 menit, setelah selesai kemudian instruksikan pasien untuk membuka mata dan melakukan teknik nafas dalam sebanyak 3 kali atau sampai pasien merasa rileks. Tahap terminasi melakukan evaluasi tindakan, menganjurkan pasien untuk melakukan kembali teknik mendengarkan terapi Murottal Al-Qur'an jika nyeri, membaca tahmid dan berpamitan dengan pasien, mencuci tangan, mencatat dalam lembar catatan keperawatan.

Penelitian menurut (Merry Delyka, 2022) dengan judul “Pengaruh Teknik *Slow Deep Breathing* Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien *Post Sectio Cesarea* Di Ruang Cempaka RSUD dr. DORIS

SYLVANUS PALANGKA RAYA” menyimpulkan bahwa Ada pengaruh teknik *slow deep breathing* terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *post sectio caesarea* di Ruang Cempaka RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya