

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan Sectio Caesarea (SC)

1. Pengertian

Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter & Perry, 2014). Operasi adalah tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh yang dilakukan di ruang operasi rumah sakit dengan prosedur yang sudah ditetapkan (Smeltzer & Bare, 2018).

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan Latin *Caedere* yang artinya memotong. *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Leniwita & Anggraini, 2019). Menurut Saifuddin (2018), *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram.

2. Indikasi *Sectio Caesarea*

Oxorn dan Forte (2012) menjelaskan bahwa indikasi SC adalah sebagai berikut:

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.

- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; *sectio caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.
- 3) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau *abruptio pasenta*.
- 4) *Toxemia gravidarum*; mencakup *preeklamsi* dan *eklamsi*, hipertensi esensial dan *nephritis kronis*.
- 5) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapses *funiculus umbilicalis*, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, *post moterm caesarean* dan infeksi virus herpes pada traktus genitalis.

3. Klasifikasi *Sectio Caesarea*

Klasifikasi SC menurut Leniwita dan Anggraini (2019) adalah sebagai berikut:

- a. *Sectio Caesarea* klasik atau *corporal* yaitu insisi pada segmen atas uterus atau korpus uteri. Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.
- b. *Sectio Caesarea* ismika atau *profundal (low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim) merupakan suatu pembedahan dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus SC memilih teknik ini karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik dan tidak banyak menimbulkan perlekatan.

- c. *Sectio Caesarea* yang disertai histerektomi yaitu pengangkatan uterus setelah seksio sesarea karena atoni uteri yang tidak dapat diatasi dengan tindakan lain, pada miomatousus yang besar dan atau banyak atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.
- d. *Sectio Caesarea* vaginal yaitu pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus. Seksio sesarea ekstraperitoneal yaitu seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

Yustanta (2016) menjelaskan bahwa berdasarkan waktu dan pentingnya dilakukan SC, maka dikelompokkan 4 kategori yaitu:

- a. Kategori 1 atau emergency, dilakukan sesegera mungkin untuk menyelamatkan ibu atau janin, contohnya abrupsi plasenta, atau penyakit parah janin lainnya.
- b. Kategori 2 atau urgent, dilakukan segera karena adanya penyulit namun tidak terlalu mengancam jiwa ibu ataupun janinnya, contohnya distosia.
- c. Kategori 3 atau scheduled, tidak terdapat penyulit.
- f. Kategori 4 atau elective, dilakukan sesuai keinginan ibu dan kesiapan tim.

4. Patofisiologi *Sectio Caesarea*

Seksio cesarea adalah suatu proses persalinan melalui pembedahan pada bagian perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh. Indikasi persalinan SC disebabkan karena faktor ibu dan janin. Setiap

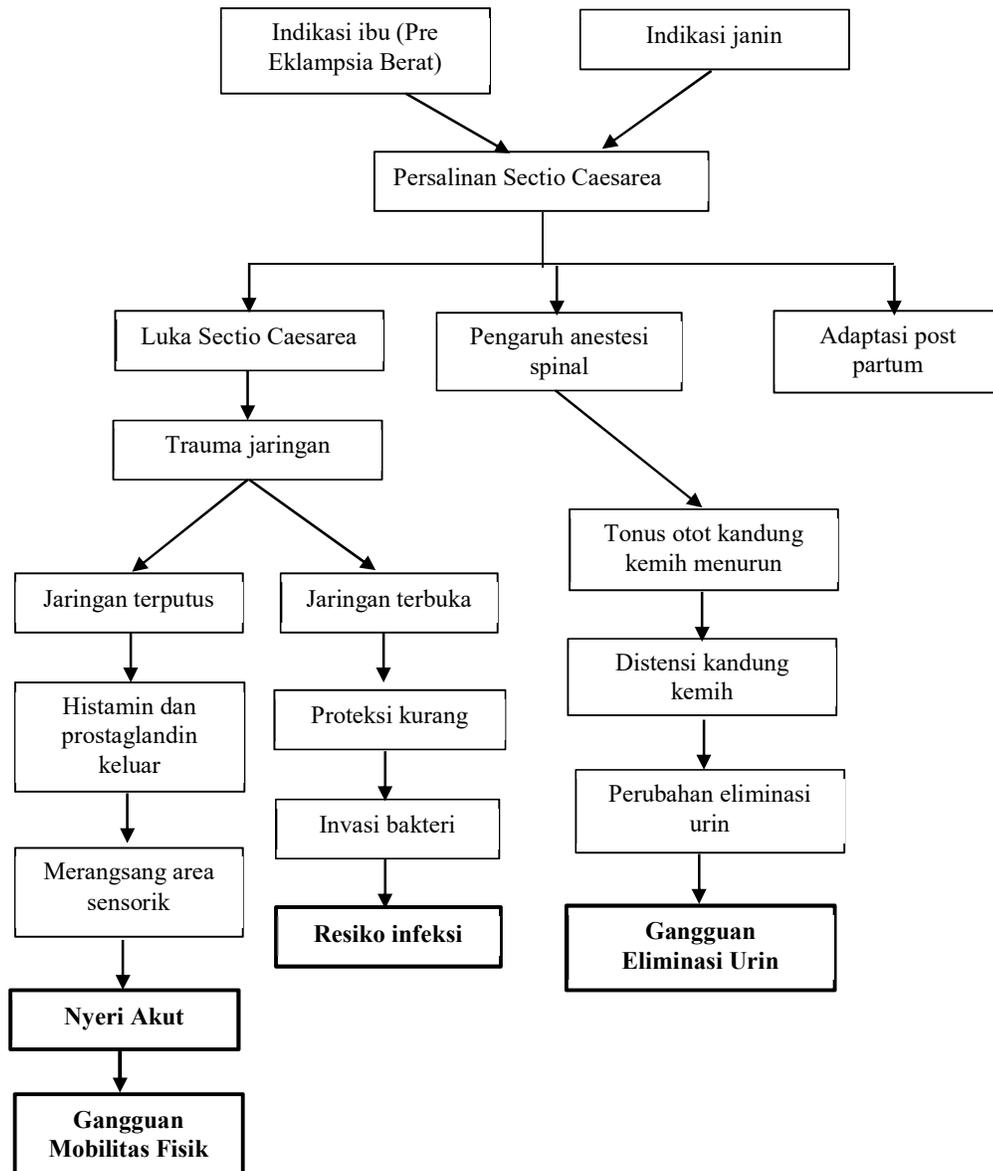
operasi sectio caesarea anestesi spinal lebih banyak dipakai dikarenakan lebih aman untuk janin. Tindakan anestesi yang diberikan dapat mempengaruhi tonus otot pada kandung kemih sehingga mengalami penurunan yang menyebabkan gangguan eliminasi urin (Ainuhikma, 2018).

Sayatan pada perut dan rahim akan menimbulkan trauma jaringan dan terputusnya inkontinensia jaringan, pembuluh darah, dan saraf disekitar daerah insisi. Hal tersebut merangsang keluarnya histamin dan prostaglandin. histamin dan prostaglandin ini akan menyebabkan nyeri pada daerah insisi. Rangsangan nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan munculnya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik. Selanjutnya hambatan mobilisasi fisik yang dialami oleh ibu nifas dapat menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Adanya jaringan terbuka juga akan menimbulkan munculnya risiko tinggi terhadap masuknya bakteri dan virus yang akan menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan luka yang baik (Potter & Perry, 2014).

5. Komplikasi

Morbiditas pada seksio sesarea lebih besar jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Ancaman utama bagi wanita yang menjalani seksio sesarea berasal dari tindakan anestesi, keadaan sepsis yang berat, serangan tromboemboli dan perlukaan pada traktus urinarius, infeksi pada luka (Bobak et al., 2018).

6. Pathway



Bagan 2.1
Pathway

Sumber: Ainuhikma (2018) dan Potter & Perry (2014).

B. Konsep Nyeri Post SC

1. Pengertian

Nyeri (*pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Widaningsih & Rosya, 2019). Menurut Faisol (2022), nyeri merupakan pengalaman manusia yang paling kompleks dan merupakan fenomena yang dipengaruhi oleh interaksi antara emosi, perilaku, kognitif dan faktor-faktor sensori fisiologi. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan.

Pada proses operasi pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah selesai operasi, pasien mulai sadar dan efek anastesi habis bereaksi, pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengeluhkan rasa nyeri dibekas jahitan, keluhan ini sebetulnya wajar karena tubuh tengah mengalami luka dan penyembuhan luka tersebut tergolong panjang dan dalam. Pada operasi sectio caesarea ada tujuh lapisan perut yang harus disayat dan kemudian dijahit. Rasa nyeri di daerah sayatan yang membuat sangat terganggu dan merasa tidak nyaman (Dina & Ira, 2000).

2. Klasifikasi nyeri

Wardani (2014) menjelaskan bahwa berdasarkan sumber nyeri, maka nyeri dibagi menjadi:

- a. Nyeri somatik luar, nyeri yang stimulusnya berasal dari kulit, jaringan subkutan dan membran mukosa. Nyeri biasanya dirasakan seperti terbakar, tajam dan terlokalisasi.
- b. Nyeri somatik dalam, nyeri tumpul (*dullness*) dan tidak terlokalisasi dengan baik akibat rangsangan pada otot rangka, tulang, sendi, jaringan ikat.
- c. Nyeri viseral, nyeri karena perangsangan organ viseral atau membran yang menutupinya (pleura parietalis, perikardium, peritoneum). Nyeri tipe ini dibagi lagi menjadi nyeri viseral terlokalisasi, nyeri parietal terlokalisasi, nyeri alih viseral dan nyeri alih parietal.

Widaningsih dan Rosya (2019) menjelaskan bahwa klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang 10 lebih 6 bulan) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali.

b. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

3. Etiologi nyeri post sectio caesarea

Penyebab nyeri post SC adalah adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan Sectio Caesarea (SC). Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut).

4. Dampak nyeri post SC

Mubarak et al. (2015) menjelaskan bahwa nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari:

a. Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan

fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah dan frekuensi pernapasan meningkat.

b. Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vocal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya focus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

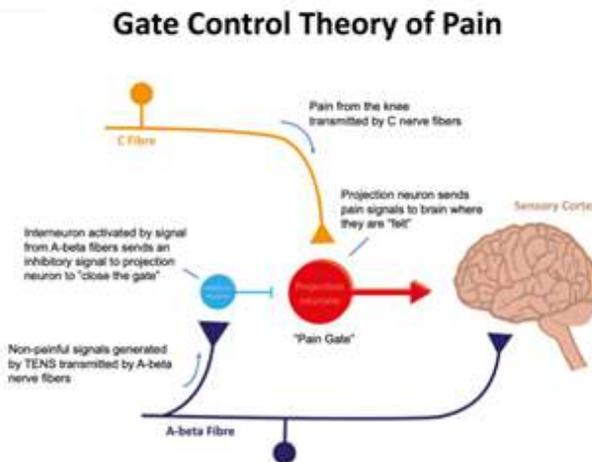
Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

Nyeri post sectio caesarea akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu nifas seperti gangguan mobilisasi, bonding attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, Activity of Daily Living (ADL) terganggu, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak terpenuhi dengan baik serta kesulitan dalam perawatan bayi, sehingga diperlukan cara untuk mengontrol rasa nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post sectio caesarea dan mempercepat masa nifas (Denny et al., 2019).

5. Patofisiologi Nyeri Post Sectio Caesarea

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Dalam proses pembedahan sectio caesarea akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga terputusnya jaringan ikat, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar abdomen. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan nyeri akut. Selanjutnya akan merangsang reseptor nyeri pada ujung-ujung saraf bebas dan nyeri di hantarkan ke dorsal spinal. Setelah impuls nyeri naik ke medulla spinalis, thalamus menstransmisikan informasi ke pusat yang lebih tinggi ke otak termasuk pembentukan jaringan system limbik, korteks, somatosensory dan gabungan korteks sehingga nyeri di persepsikan. Maka untuk mengurangi rasa nyeri post sectio caesarea dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan nonfarmakologis seperti teknik distraksi dan relaksasi, sehingga akan menghasilkan hormone endorphin dari dalam tubuh. Endorpin berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri yang memblok transmisi impuls dalam otak dan medula spinalis.

Terdapat berbagai teori yang berusaha menggambarkan bagaimana nosireseptor dapat menghasilkan rangsang nyeri. Sampai saat ini dikenal berbagai teori yang mencoba menjelaskan bagaimana nyeri dapat timbul, namun *Gate control theory* dianggap paling relevan (Widaningsih & Rosya, 2019).



Gambar 2.5 *Gate Control Theory of Pain*
Sumber: Widaningsih & Rosya (2019)

Impuls nyeri diatur oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan (Potter & Perry, 2014)..

Mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen,

seperti endorfin dan dinorfin, pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. Teknik distraksi, musik, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorfin (Potter & Perry, 2014).

6. Faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

Mohamad et al. (2022) menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri adalah sebagai berikut:

a. Faktor fisiologis

1) Kelemahan (*fatigue*) meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah. Apabila kelemahan terjadi disepanjang waktu istirahat, persepsi terhadap nyeri akan lebih besar. Nyeri terkadang jarang dialami setelah tidur atau istirahat cukup daripada di akhir yang panjang (Potter & Perry, 2014).

2) Usia memiliki peranan penting dalam mempersiapkan rasa nyeri. Usia akan memengaruhi seseorang tersebut terhadap sensasi nyeri baik persepsi maupun ekspresi. Perkembangan usia, baik anak-anak, dewasa, dan lansia akan sangat berpengaruh terhadap nyeri yang dirasakan. Usia anak-anak akan sulit menginterpretasikan dan melokalisakan nyeri yang dirasakan karena belum dapat mengucapkan kata-kata dan mengungkapkan secara verbal maupun mengekspresikan nyeri yang dirasakan

sehingga nyeri yang dirasakan biasanya akan diinterpretasikan kepada orang tua atau tenaga kesehatan (Mohamad et al., 2022).

b. Faktor psikologis.

Keadaan individu yang cemas dan stress dapat menghambat keluarnya endokrin yang berfungsi menurunkan persepsi nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Faktor sosial

- 1) Keluarga dan dukungan sosial, meski nyeri masih terasa, tetapi kehidupan keluarga ataupun teman terkadang dapat membuat pengalaman nyeri yang menyebabkan stress berkurang (Potter & Perry, 2014).
- 2) Perhatian, tingkatan dimana klien memfokuskan perhatian terhadap nyeri yang dirasakan mempengaruhi persepsi nyeri. Meningkatkan perhatian berhubungan dengan kurangnya respon nyeri (Potter & Perry, 2014).
- 3) Pengalaman sebelumnya, Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap

harapan individu yang terhadap penanganan nyeri saat ini (Mubarak & Chayatin, 2020).

- d. Faktor koping, Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki fokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa (Mubarak & Chayatin, 2020).

8. Penilaian nyeri

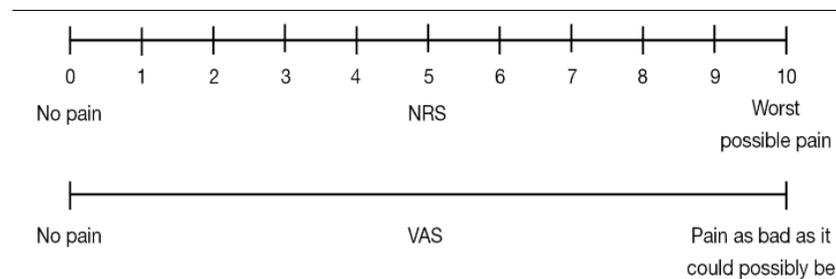
Potter dan Perry (2014) menjelaskan bahwa untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain:

a. *Verbal Descriptor Scale* (VDS)

Verbal Descriptor Scale (VDS) adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak adanya rasa nyeri” sampai “nyeri hebat”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

b. *Visual Analogue Scale (VAS)*

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata



Gambar 2.6 *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat”.

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri pada angka 0 berarti tidak nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri yang ringan, angka 4-6 termasuk dalam nyeri

sedang, sedangkan angka 7-10 merupakan kategori nyeri berat. Oleh karena itu, skala NRS akan digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.7 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala nyeri dikategorikan sebagai berikut:

- a) Skala 0 : tidak ada keluhan nyeri, tidak nyeri.
- b) Skala 1-3 : mulai terasa dan dapat ditahan, nyeri ringan.
- c) Skala 4-6 : rasa nyeri yang mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri sedang.
- d) Skala 7-10 : rasa nyeri sangat mengganggu dan tidak dapat ditahan, meringis, menjerit bahkan teriak, nyeri berat.

9. Penanganan Nyeri

a. Farmakoterapi

Panji (2019) menjelaskan bahwa semua obat yang mempunyai efek analgetika biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Praktik dalam tatalaksana nyeri, secara garis besar strategi farmakologi mengikuti ”*WHO Three Step Analgesic Ladder*” yaitu :

- 1) Tahap pertama dengan menggunakan obat analgetik nonopiat seperti NSAID atau *COX2 spesific inhibitors*.

- 2) Tahap kedua, dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti pada tahap 1 ditambah opiat secara intermiten.
 - 3) Tahap ketiga, dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiat yang lebih kuat.
- b. Non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat untuk meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Tindakan non farmakologi merupakan terapi yang mendukung terapi farmakologi dengan metode yang lebih sederhana, murah, praktis, dan tanpa efek yang merugikan (Potter & Perry, 2014). Intervensi kognitif-perilaku mengubah persepsi nyeri, menurunkan ketakutan, juga memberikan kontrol diri yang lebih. Terapi non farmakologi yang dapat digunakan adalah stimulasi kutaneus, pijat, kompres panas dan dingin, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), akupunktur, akupresur, teknik nafas dalam, musik, *guide imagery* dan distraksi (Black & Hawks, 2014).

C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Fokus pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu proses keperawatan yang mencakup pengumpulan informasi objektif dan subjektif serta peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien maupun keluarga pasien atau ditemukan dalam rekam medis pasien yang memiliki tujuan untuk menghimpun data maupun informasi terkait kondisi pasien agar

dapat menentukan masalah kesehatan, mengidentifikasi serta mengetahui kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien (Herdman & Kamitsuru, 2018). Pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea menurut Ratih (2019) adalah :

- a. Identitas pasien meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.
- b. Keluhan utama, subjektif: mengeluh nyeri dan objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:
 - 1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:
 - a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
 - b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
 - c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?
 - 2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
 - a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
 - b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?

- 3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:
 - a) Dimana gejala nyeri terasa?
 - b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?
 - 4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa : seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10 ?
 - 5) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:
 - a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
 - b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
 - c) Berapa lama nyeri berlangsung?
 - d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?
- c. Riwayat persalinan sekarang, untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu: kehamilan beberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.
- d. Riwayat menstruasi, pada ibu yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

- e. Riwayat perkawinan, usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.
- f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.
- g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi, tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.
- h. Pola kebutuhan sehari-hari
 - 1) Bernafas, pada pasien dengan post sectio caesarea tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas mauoun saat menghembuskan nafas.
 - 2) Makan dan minum, pada pasien post sectio caesarea tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
 - 3) Eliminasi, pada pasien post sectio caesarea pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
 - 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.

- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post sectio caesarea terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anestesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post sectio caesarea kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post sectio caesarea biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien post section caesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post sectio caesarea seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu sectio caesarealebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien post sectio caesarea ibu biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
- 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partu untuk ibu dengan sectio caesarea meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan

pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

14) Data spiritual, kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan.

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan payudara : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- 7) Pemeriksaan eksremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, eksremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang, pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Diagnosa Keperawatan ibu post sectio caesarea

Diagnosa keperawatan ialah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa asuhan keperawatan pada ibu post sectio caesarea meliputi:

a. Nyeri akut

1). Pengertian

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: agen pencedera fisik, agen pencedera kimiawi dan agen pencedera fisiologi

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor: Subjektif: mengeluh nyeri dan Objektif: Tampak meringis bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor: Subjektif tidak tersedia dan
Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah,
nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri
berfokus pada diri sendiri, diaforesis kondisi klinis terkait
kondisi pembedahan, cedera traumatis infeksi, sindrom
koroner akut dan glaukoma.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah kondisi
pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut dan
glaukoma.

b. Gangguan mobilisasi fisik

1). Pengertian

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis
keperawatan yang didefinisikan sebagai keterbatasan dalam
gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim
Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI
DPP PPNI (2016) adalah sebagai berikut: kerusakan integritas
struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik,
penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan
kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi,
kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan
neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai
usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri,

kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensori-persepsi.

3) Manifestasi klinis

Untuk dapat mengangkat diagnosis gangguan mobilitas fisik, Perawat harus memastikan bahwa minimal 80% dari tanda dan gejala dibawah ini muncul pada pasien, yaitu:

DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

DO: Kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah disorganisasi perilaku bayi, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, kelelahan, kesiapan peningkatan tidur, risiko disorganisasi perilaku bayi dan risiko intoleransi aktivitas.

c. Risiko infeksi

1). Pengertian

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab risiko infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan

sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis risiko infeksi adalah demam, luka kemerahan, nyeri, bengkak dan kadar sel darah putih memburuk.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan integritas kulit/jaringan, hipertermia, hipotermia, perilaku kekerasan, perlambatan pemulihan pascabedah, risiko alergi, risiko bunuh diri, risiko cedera, risiko cedera pada ibu, risiko cedera pada janin, risiko gangguan integritas kulit/jaringan, risiko hipotermia, risiko hipotermia perioperatif, risiko jatuh, risiko luka tekan, risiko mutilasi diri, risiko perilaku kekerasan, risiko perlambatan pemulihan pascabedah, risiko termoregulasi tidak efektif dan termoregulasi tidak efektif.

d. Gangguan eliminasi urin

1). Pengertian

Gangguan eliminasi urin merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai disfungsi eliminasi urin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

Penyebab gangguan eliminasi urin menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) adalah penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital) dan imaturitas (pada anak usia < 3 tahun).

3) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis gangguan eliminasi urin yaitu: DS: Desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia (buang air kecil pada malam hari), mengompol dan enuresis (tidak dapat menahan kencing). DO: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy) dan volume residu urin meningkat.

4) Kondisi klinis terkait

Kondisi klinis terkait dalam kasus ini adalah gangguan eliminasi urin, inkontinensia fekal, inkontinensia urin berlanjut, inkontinensia urin berlebih, inkontinensia urin fungsional, inkontinensia urin refleks, inkontinensia urin stres, inkontinensia urin urgensi, kesiapan peningkatan eliminasi urin, konstipasi,

retensi urin, risiko inkontinensia urin urgensi dan risiko konstipasi.

3. Intervensi Asuhan Keperawatan

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan. Rencana keperawatan atau intervensi yang dapat diberikan pada ibu post SC dengan nyeri akut dijelaskan pada tabel 2.1 di bawah ini.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan pada Ibu Post SC

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut	Tingkat Nyeri (I.08066) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam masalah nyeri akut diharapkan menurun dan teratasi dengan indikator: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Kesulitan Tidur menurun 5. Menarik menurun diri 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun 8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun 11. Perineum terasa tertekan menurun 12. Uterus teraba membulat menurun 13. Ketegangan otot menurun 14. Pupil dilatasi menurun 15. Muntah menurun 16. Mual menurun 17. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan: 1. Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	18. Pola nafas membaik 19. Tekanan darah membaik 20. Proses berfikir membaik 21. Fokus membaik 22. Fungsi berkemih membaik 23. Perilaku membaik 24. Nafsu makan membaik 25. Pola tidur membaik	mengurangi nyeri berupa kompres dingin. b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 3. Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri f. Kolaborasi g. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan mobilisasi fisik	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) 1. Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Risiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	Pencegahan Infeksi (I.14539) <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
Gangguan eliminasi urin	Eliminasi urin (L.04034) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil: Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa eliminasi urin membaik adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 	Manajemen Eliminasi Urin (I.04152) <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Catat waktu-waktu dan haluanan berkemih

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	4. Berkemih tidak tuntas (hesistancy) menurun	b. Batasi asupan cairan, jika perlu
	5. Volume residu urin menurun	c. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur
	6. Urin menetes (dribbling) menurun	3. Edukasi
	7. Nokturia menurun	a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih
	8. Mengompol menurun	b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
	9. Enuresis menurun	c. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream
		d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
		e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
		f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
		g. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur
		4. Kolaborasi
		Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari

pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Ratih, 2019).

D. Evidence Base Practice (EBP) / Konsep Terapi Murottal

1. Pengertian

Al-Qur'an adalah kalam Allah SWT yang merupakan mu'jizat yang diturunkan kepada Nabi Muhammad SAW. Al-Qur'an adalah kitab suci yang diyakini kebenarannya, dan menjadi suatu ibadah jika membacanya. Seni baca Al-Qur'an atau Tilawatil Qur'an ialah bacaan kitab suci Al-Qur'an yang bertajwid diperindah oleh irama. Orang yang membacanya disebut Qori' atau pembaca Al-Qur'an (Nirwana, 2014).

Murottal adalah rekaman suara ayat-ayat Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori'. Suara ayat-ayat Al-Qur'an ibarat gelombang suara yang memiliki ketukan dan gelombang tertentu, menyebar dalam tubuh kemudian menjadi getaran yang bisa mempengaruhi fungsi gerak sel otak dan membuat keseimbangan didalamnya. Sesuatu yang terpengaruh dengan tilawah Al-Qur'an, getaran neuronnya akan stabil kembali. Al-Qur'an mempunyai beberapa manfaat karena terkandung beberapa aspek yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan antara lain: Mengandung unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi (Ernawati, 2013).

2. Manfaat murottal Al-Qur'an

Manfaat terapi murottal Al-Qur'an ini dibuktikan dalam berbagai penelitian. Manfaat tersebut diantaranya adalah:

a. Bisa menurunkan kecemasan

Penelitian yang dilakukan oleh Asrul (2023) menyatakan bahwa efek yang dihasilkan dari mendengarkan Murottal Al-Quran, perubahan yang ditunjukkan ialah relaksasi atau penurunan tonus saraf, sehingga terjadi relaksasi arteri dan peningkatan kadar darah pada kulit, disertai dengan penurunan denyut jantung. Terapi murottal Al-Quran dapat menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi. Mendengarkan bacaan murottal Al-Qur'an melalui audio merupakan salah satu alternatif yang dapat menjadi penenang dan penguat diri.

b. Menurunkan perilaku kekerasan

Penelitian yang dilakukan oleh Herniyanti et al. (2019) menyatakan bahwa terapi murottal dapat memberi pengaruh terhadap perasaan, pikiran, dan emosi, serta dengan mendengarkan murottal dapat menenangkan hati, perasaan, rasa takut, cemas, tegang, pikiran, mengurangi rasa stress dan frustrasi.

c. Mengurangi nyeri

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih dan Khayati (2021) menjelaskan bahwa terapi murottal yang dikombinasikan dengan napas dalam mampu menurunkan skala nyeri pasien post SC. Hal ini terjadi karena murottal Al-Qur'an dapat memproduksi zat endorphen dan bekerja pada sistem limbik diantarkan kepada sistem saraf dan merangsang organ-organ tubuh untuk memproduksi sel-sel yang rusak akibat pembedahan sehingga nyeri berkurang.

d. Meningkatkan kualitas hidup

Penelitian yang dilakukan oleh Ashar et al. (2017) menyatakan bahwa dengan mendengarkan terapi murottal Al-Qur'an akan membuat pasien dengan menjadi lebih tenang sehingga dapat meningkatkan nilai pada domain psikologis di dalam penilaian quality of life. Domain ini dinilai dari citra tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas/ keyakinan agama dan berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi. Keadaan psikologis yang tenang akan mempengaruhi sistim limbik dan saraf otonomyang menimbulkan rileks, aman, dan menyenangkan sehingga merangsang pelepasan zat kimia gamma amino butric acid, encephalin dan beta endorphin yang akan mengeliminasi neurotransmitter rasa nyeri maupun kecemasan sehingga menciptakan ketenangan dan memperbaiki suasana hati (mood) pasien.

3. Mekanisme terapi murottal Al-Qur'an terhadap nyeri

Gelombang suara dari pembacaan ayat Al-Qur'an akan masuk melalui telinga, kemudian menggetarkan gendang telinga, mengguncang cairan di telinga dalam serta menggetarkan sel-sel berambut di dalam koklea. Selanjutnya melalui saraf Koklearis menuju ke otak. Tiga jaras retikuler yang berperan dalam gelombang suara yaitu jaras retikuler-talamus, hipotalamus. Gelombang suara diterima langsung oleh talamus, yaitu suatu bagian otak yang mengatur emosi, sensasi, dan perasaan, tanpa terlebih dahulu dicerna oleh bagian otak yang berpikir mengenai baik buruk maupun intelegensia. Kemudian melalui hipotalamus

mempengaruhi struktur basal forebrain termasuk sistem limbik. Hipotalamus merupakan pusat saraf otonom yang mengatur fungsi pernapasan, denyut jantung, tekanan darah, pergerakan otot usus, fungsi endokrin, memori, dan lain-lain. Selanjutnya, melalui akson neuron berdifusi mempersarafi neo-korteks (Rilla et al., 2014).

4. Prosedur intervensi murrotal Al-Qur'an untuk kecemasan

Prosedur pemberian murottal Al-Qur'an menurut Nurjamiah (2015) adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

- 1) Memperkenalkan diri
- 2) Persiapan pasien dengan membina hubungan saling percaya diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan tujuan terapi.
- 3) Persiapan alat meliputi Earphone dan MP3/Tablet berisikan murottal
- 4) Persiapan perawat dengan menyiapkan alat dan mendekati ke arah pasien
- 5) Perawat mencuci tangan dan menutup tirai memastikan privasi pasien terjaga
- 6) Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.

b. Pelaksanaan

- 1) Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi.
- 2) Menghubungkan earphone dengan MP3/Tablet berisikan murottal.

- 3) Letakkan earphone di telinga kiri dan kanan.
- 4) Dengarkan murottal selama 15 menit
- c. Terminasi
 - a) Merapikan klien dan membereskan alat-alat.
 - b) Evaluasi nyeri.
 - c) Berikan dukungan kepada responden, dokumentasikan jawaban responden
 - d) Mencuci tangan.
5. Jurnal terkait
 - a. Nuhan et al. (2018), Pengaruh Murottal Al-Qur'an Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea
 - 1) P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu postpartum sectio caesaria sebanyak 20 orang yang terbagi dalam dua kelompok yaitu 10 kelompok untuk kelompok perlakuan dan 10 kelompok untuk kelompok kontrol.
 - 2) I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan berupa terapi murrotal Al-Qur'an selama 15 menit pada kelompok perlakuan, setelah itu peneliti mengkaji ulang intensitas nyeri responden dengan lembar numeric scale rating. Terapi murrotal Al-Qur'an pada kelompok perlakuan dilakukan 2 kali dalam rentang waktu 30 menit kemudian. Pada kelompok kontrol peneliti bersama responden mengisi lembar numeric scale rating pada responden post sectio

caesarea setelah 6 jam post operasi, melakukan penilaian intensitas nyeri pada responden yang telah 3 jam diberikan analgetik sesuai standar tindakan. Penilaian intensitas nyeri pada kelompok kontrol dilakukan pretest dan posttest dalam rentang waktu 30 menit kemudian.

3) C (*comparison, control*)

Penelitian ini tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

4) O (*outcome*)

Ada perbedaan signifikan pengukuran data kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sehingga dapat diartikan ada perbedaan pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi SC pada kelompok perlakuan dan kontrol ($p = 0,001 < 0,05$).

- b. Purwati et al. (2019), Terapi Murottal Al-Qur'an Menurunkan Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang

1) P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu postpartum sectio caesaria sebanyak 30 orang.

2) I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Intervensi yang diberikan kepada pasien post SC adalah terapi Musik Mozart sebanyak 15 orang dan Murottal Al-Qur'an sebanyak 15 orang.

3) C (*comparison, control*)

Membandingkan pemberian intervensi Murottal Al-Qur'an dengan terapi musik Mozart.

4) O (*outcome*)

Intensitas nyeri post sectio caesarea sesudah terapi murottal Al-Qur'an rata-rata adalah 3,27 dengan standar deviasi 0,594. Intensitas nyeri paling rendah adalah 2 dan nyeri tertinggi adalah 4. Intensitas nyeri post sectio caesarea sebelum terapi musik Mozart rata-rata adalah 6,60 dengan standar deviasi 0,737. Intensitas nyeri paling rendah adalah 6 dan nyeri tertinggi adalah 8. Pemberian terapi Murottal Al-Qur'an lebih efektif dibandingkan dengan terapi musik Mozart.

c. Wahyuningsih dan Khayati (2021), Terapi Murottal Menurunkan Tingkat Nyeri Pasien Post Sectio Caesaria

a. P (*patient, population, problem*)

Sampel penelitian ini adalah ibu postpartum sectio caesaria sebanyak 2 orang

b. I (*intervention, prognostic factor, exposure*)

Pengkajian nyeri menggunakan lembar NRS (Numeric Rating Scale) sebelum dan sesudah intervensi dilanjutkan pemberian terapi murottal dan napas dalam sehari satu kali intervensi beserta evaluasi tindakan yang dilakukan perawat selama 25 menit dan secara mandiri oleh pasien apabila nyeri timbul. Terapi diberikan 2 jam setelah pasien meminum obat

analgetik agar respon penurunan murni akibat intervensi murottal dan bukan karena efek obat analgetik yang telah diberikan.

c. C (*comparison, control*)

Penelitian ini tidak membandingkan dengan intervensi lainnya.

d. O (*outcome*)

Pasien mengalami penurunan nyeri dengan rata-rata 1 poin dari skala 5 menjadi 1. Terapi murottal Ar-Rahman dikombinasikan dengan napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien post SC.

