

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada bagian perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin di bawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *Sectio Caesarea* (Wahyuningsih, 2019).

Sectio Caesarea adalah suatu bentuk proses persalinan yang dilakukan dengan melakukan insisi dinding abdomen dan dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Marselina et al., 2020)

Menurut (Arda & Hartaty, 2021) *Sectio Caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim.

2. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut (Falentina, 2019) penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut

a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Cephalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

b. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

d. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara SC. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

f. Kelainan letak janin

1) Kelainan pada letak kepala

a) Letak kepala tengadah

Bagaian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan panggul.

b) Presentasi muka

Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.

c) Presentasi dahi

Posisi kepala antara fleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

3. Jenis *Sectio Caesarea*

Ada beberapa jenis *Section Caesarea* menurut Purwoastuti & Walyani, (2015) :

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat berisiko terhadap terjadinya komplikasi.

b. Sectio Caesarea Transperitoneal Profunda

Sayatan mendatar dibagian atas dari kandung kemih sangat umum dilakukan pada masa sekarang ini. Metode ini meminimalkan risiko terjadinya pendarahan dan cepat penyembuhannya.

c. Histerektomi Caesarea

Yaitu bedah *Caesarea* diikuti dengan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

d. Sectio Caesarea Extraperitoneal

Yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara *ekstraperitoneum*.

4. Patofisiologis *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu disproporsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, plasenta previa untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin berukuran besar dan letak lintang (Aspiani, 2017)

Setelah persalinan *Sectio Caesarea*, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak disebabkan oleh tindakan pembedahan *Sectio Caesarea* yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu memilih tidak

bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah. Hal ini yang membuat ibu tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan personal hygiene seperti aktivitas mandi (Atoy et al., 2019).

Dalam proses pembedahan akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini dapat merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan nyeri. Akibat nyeri yang dirasakan dapat menyebabkan sering terbangun saat tidur, setelah proses pembedahan daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka operasi yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan kemerahan dan menyebabkan masalah risiko infeksi. (Mitayani, 2016).

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit (Aspiani, 2017).

5. Indikasi *Sectio Caesarea*

a. Indikasi pada ibu

Adapun penyebab indikasi pada ibu dan harus dilakukannya *Sectio Caesarea* yaitu adanya sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan pada panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta pada tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya), terdapat etiologi medis yang menjadi indikasi dilaksanakannya *Sectio Caesarea* antara lain CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor lainnya (Fauziah, 2017).

b. Indikasi pada janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi *Sectio Caesarea*, gawat janin, propalus funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomali janin misalnya hidrosefalus (Hartuti, et al, 2019).

6. Penatalaksanaan Post *Sectio Caesarea*

Menurut Agustina (2020), penatalaksanaan *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut

a. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

b. Nyeri post 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.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Diit

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

e. Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

B. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (NANDA Internasional, 2017).

Sedangkan menurut Mussardo (2019), nyeri akut adalah respon normal fisiologis yang dapat diramalkan akibat suatu stimulus kuat kimiawi, termal atau mekanik yang terkait dengan pembedahan, trauma atau penyakit akut. Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik.

2. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab pada masalah keperawatan nyeri antara lain :

- a. Agen pencedera fisiologis yang terdiri dari inflamasi, iskemia, neoplasma.
- b. Agen pencedera kimiawi yang terdiri dari terbakar, bahan kimia iritan.
- c. Agen pencedera fisik yang terdiri dari abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

3. Manifestasi Klinik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pasien yang mengalami nyeri akut biasanya akan menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri
 - 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Secara subjektif tidak tersedia gejala minor dari nyeri akut.
 - 2) Secara objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

4. Patofisiologi

Nyeri timbul melalui proses multiple yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotif, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Terdapat empat proses yang jelas terjadi mengikuti proses elektro-fisiologik nosisepsi, yaitu : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi merupakan proses stimuli nyeri yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf. Transmisi merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Modulasi adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Persepsi nyeri adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik mulai dari transduksi, transmisi, dan modulasi kemudian menghasilkan penafsiran subyektif yang dikenal sebagai persepsi (Mangku dkk, 2018).

Ketika terjadi kerusakan jaringan atau ancaman terjadi kerusakan jaringan dalam kondisi seperti pembedahan akan menyebabkan sel-sel menjadi rusak kemudian mengeluarkan zat-zat kimia yang bersifat algesik, sitokin, serta produk seluler lain. Zat-zat ini akan berkumpul di sekitar jaringan yang rusak sehingga muncul nyeri. Histamin, bradykinin, dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah sehingga terjadi edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan terjadi perangsangan nosiseptor. Ketika nosiseptor terangsang, substansi peptide P dan kalsitonin gen terkait peptide akan merangsang proses inflamasi, vasodilatasi, dan meningkatnya permeabilitas pembuluh darah.

Serotonin memiliki efek vasokonstriksi diikuti oleh vasodilatasi yang menyebabkan migrain. Semua perangsangan nosiseptor ini yang menjadi penyebab nyeri (Bahrudin, 2017).

5. Pengukuran Nyeri

Menurut (Yudiyanta dkk, 2015) tingkat nyeri seseorang dapat diukur dengan skala nyeri, berikut skala nyeri yang dapat digunakan :

a. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Skala ini menunjukkan 6 ekspresi wajah dimulai dengan tersenyum yang menunjukkan bahwa tidak adanya nyeri, dan meningkat menjadi wajah yang sangat ketakutan.



Gambar 2.1 Skala nyeri Wong-Bakker Faces Pain Rating Scale

Keterangan :

0 : tidak nyeri, dapat tersenyum

1-3 : nyeri ringan, ekspresi datar, namun nyeri masih dapat ditoleransi.

4-6 : nyeri sedang, ekspresi menyeringai, wajah menunjukkan alis turun kebawah, serta bibir dikerutkan.

7-9 : nyeri berat, raut wajah meringis, masih dapat merespon tidak dapat diatasi dengan nafas panjang.

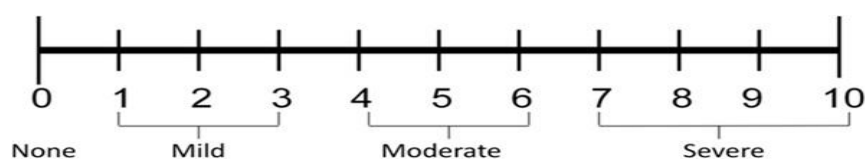
10 : nyeri sangat berat tidak terkontrol : pasien sudah tidak lagi berkomunikasi, meringis sampai menagis.

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat dan ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numeric dari 0 (nol) hingga 10 (sepuluh)

Skala 0 : Tanpa nyeri
 Skala 1-3 : Nyeri ringan
 Skala 4-6 : Nyeri sedang
 Skala 7-9 : Nyeri berat

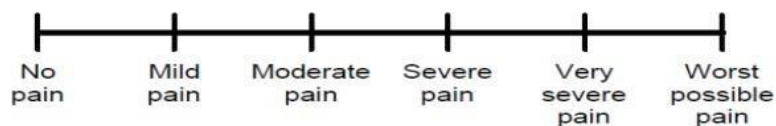
Skala 10 : Nyeri sangat berat



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale (NRS)

c. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini untuk menggambarkan rasa nyeri, efektif untuk menilai nyeri akut, dianggap sederhana dan mudah dimengerti, ranking nyerinya dimulai dari tidak nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan



Gambar 2.3 Verbal Rating Scale (VRS)

d. Karakteristik nyeri (Metode P, Q, R, S, T)

1) Faktor pencetus (P : *Provocate*)

Mengakaji tentang penyebab atau stimulus- stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini juga dapat melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera. Menanyakan pada klien perasaan- perasaan apayang dapat mencetuskan nyeri.

2) Kualitas (Q : *Quality*)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat- kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih tertusuk dimana tiap-tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

3) Lokasi (R: *Region*)

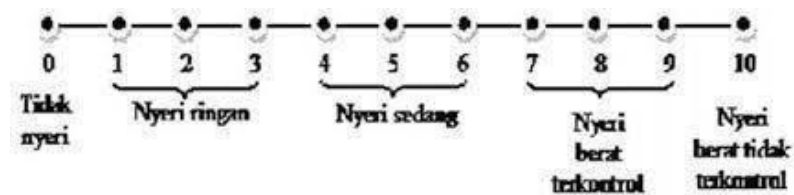
Untuk mengakaji lokasi nyeri maka meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus(menyebar).

4) Keparahan (S: *Severe*)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat. Skala nyeri numerik (0-10)

5) Durasi (T: *Time*)

Menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Menanyakan “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”



Gambar 2.4 Numeric Rating Scale

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri di bagi menjadi 2 yaitu dengan menggunakan obat dan tanpa menggunakan obat :

a. Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi, menurut (Zakiyah,2015)

1) Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit atau *cutaneous stimulation* (*counter stimulation*) merupakan istilah yang digunakan dalam manajemen nyeri secara nonfarmakologis sebagai salah satu teknik yang dipercaya dapat mengaktifkan opioid endogen, sebuah sistem analgesik monoamina yang dapat menurunkan intensitas nyeri. Teknik ini terdiri dari atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, masase, dan TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*).

2) Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkanteori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulasi nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurangatau tidak dirasakan klien).

3) Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan metode yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot. Teknik relaksasimemberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologi tubuh (Kozier, 2010).

b. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi

Menurut (Bermen et al,2012) penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), nonopiat/obat AINS (anti inflamasi nonsteroid), obat-obat adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiat mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euforia. Semua opiat menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernapasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernapasan.

7. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) Nyeri Akut

a. Tingkat Nyeri (L.08066)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan.

Ekspektasi : Menurun.Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas
- 2) Keluhan nyeri
- 3) Meringis
- 4) Sikap protektif
- 5) Gelisah
- 6) Kesulitan tidur
- 7) Menarik diri
- 8) Berfokus pada diri sendiri
- 9) Diaforesis
- 10) Perasaan depresi (tertekan)
- 11) Perasaan takut mengalami cedera berulang
- 12) Anoreksia
- 13) Perineum terasa tertekan
- 14) Uterus terasa membulat
- 15) Ketegangan otot
- 16) Pupil dilatasi
- 17) Muntah
- 18) Mual
- 19) Frekuensi nadi
- 20) Pola napas
- 21) Tekanan darah
- 22) Proses berpikir
- 23) Fokus

24) Fungsi berkemih

25) Perilaku

26) Nafsu makan

27) Pola tidur

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

8. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) Nyeri Akut

a. Manajemen nyeri (I.08238)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan :

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategimeredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia:*

Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP

PPNI.

C. Konsep Teknik Relaksasi Benson

1. Pengertian Teknik Relaksasi Benson

Menurut Benson & Proctor (2012) teknik relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman.

2. Manfaat Teknik Relaksasi Benson

Relaksasi memiliki beberapa manfaat, yaitu mengurangi nyeri, mengatasi gangguan tidur (insomnia), mengatasi kecemasan, menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan, penurunan konsumsi oksigen, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran, kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan, tidak ada perubahan posisi yang volunteer, perasaan damai dan sejahtera, periode kewaspadaan yang santai dan terjaga (Padillah, 2019). Manfaat lain yaitu memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang dan nyaman (Wibowo, 2020).

3. Pendukung

Menurut Benson, H. and Proctor, (2000) pendukung dalam terapi Benson meliputi

a. Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran yang berada di luar diri, harus ada rangsangan yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat adalah fokus dalam melakukan relaksasi benson. Fokus pada kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktifitas saraf simpatik.

b. Suasana tenang

Suasana yang tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau frase dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

c. Sikap pasif

Sikap ini sangat penting karena berguna untuk mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu sehingga dapat berfokus pada pengulangan kata atau frase.

4. Prosedur

Menurut Benson, H. and Proctor (2000) prosedur terapi relaksasi Benson terdiri atas :

- a. Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang, atur posisi nyaman.
- b. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus.
- c. Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala.

- d. Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih.
- e. Pertahankan sikap pasif.

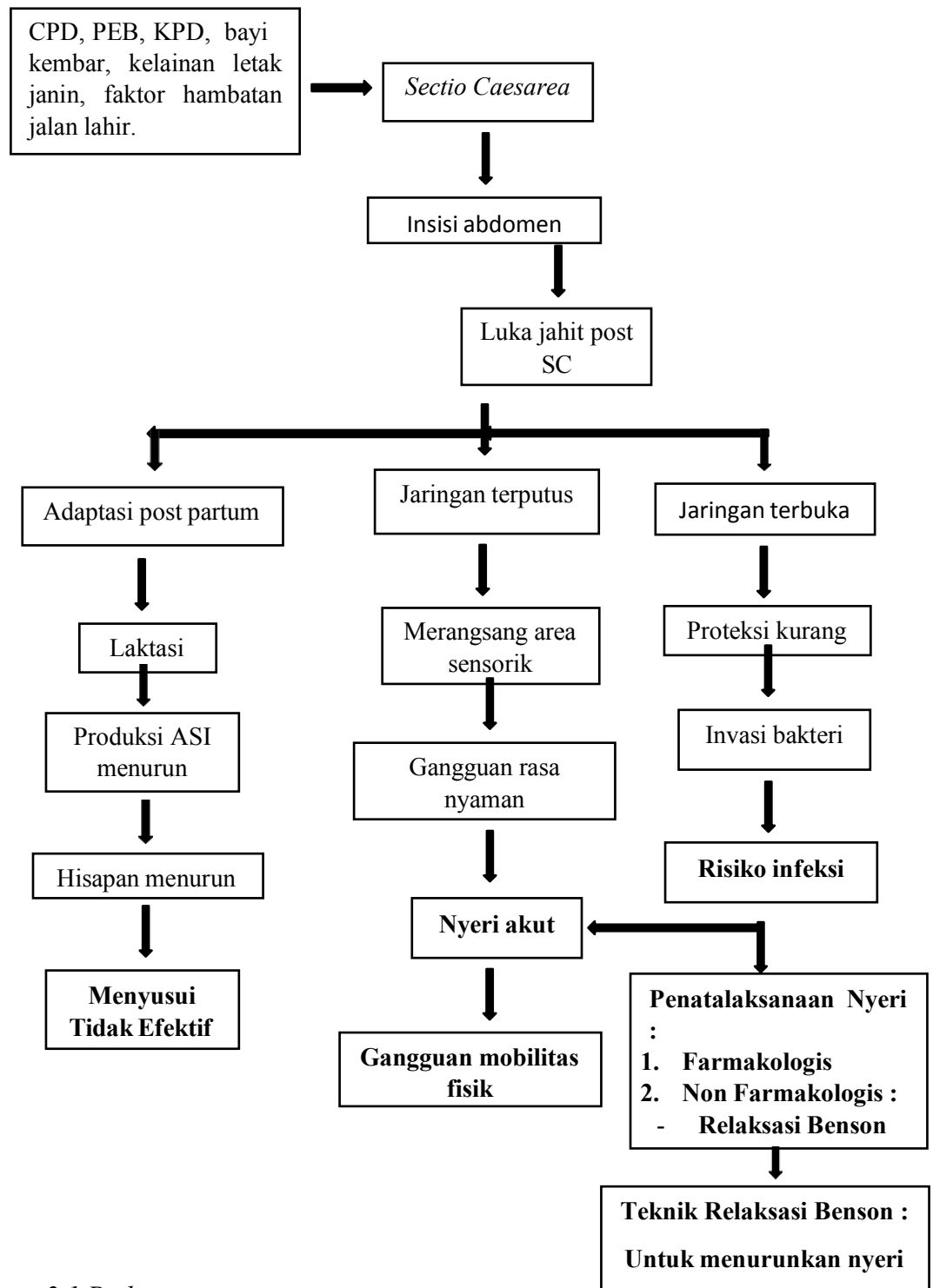
D. Hubungan Terapi Relaksasi Benson Dengan Nyeri

Respon dari teknik relaksasi yang melibatkan unsur keyakinan klien sehingga dapat menciptakan suatu kawasan internal sehingga dapat membantuklien mencapai kekondisi sehat dan kesejahteraan yang lebih baik lagi. Tujuandari dilakukannya teknik relaksasi napas dalam yakni agar dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan kemampuan batuk,serta dapat mengurangi stress baik stress karena fisik atau emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri pada klien, menurunkan tingkat kecemasan serta dapat menurunkan tekanan darah sistolik maupun diastolik. Untuk mengatasi nyeri post SC dapat menerapkan salah satu cara yaitu dengan teknik relaksasi benson. Dimana relaksasi benson ialah pengembangan dengan menggunakan metode respon relaksasi yang melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan kawasan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kekondisi sehat dan kesejahteraan lebih baik (Atmojo et al., 2019).

E. Potensi Kasus Yang Mengalami Gangguan Nyeri

Nyeri pada kasus keperawatan maternitas dapat di oleh ibu post partum yaitu spontan maupun SC. Nyeri dapat disebabkan oleh adanya insisi atau luka operasi SC, luka episiotomy, kontraksi rahim ataupun pada kasus adanya pembengkakan payudara.

F. Pathways



Bagan 2.1 Pathways

Sumber : Nurarif dan Hardhi (2019)