**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Dasar Seksio Sesarea**
     1. **Pengertian Seksio Sesarea**

Operasi caesar atau sering disebut dengan seksio sesarea adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus) (Jitowiyono, 2012).

Persalinan melalaui seksio sesarea secara didefinisikan sebagai pelahiran janin melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi) (Gant & Cunningham F, 2010).

* + 1. **Jenis Sayatan Pada Operasi Seksio Sesarea**

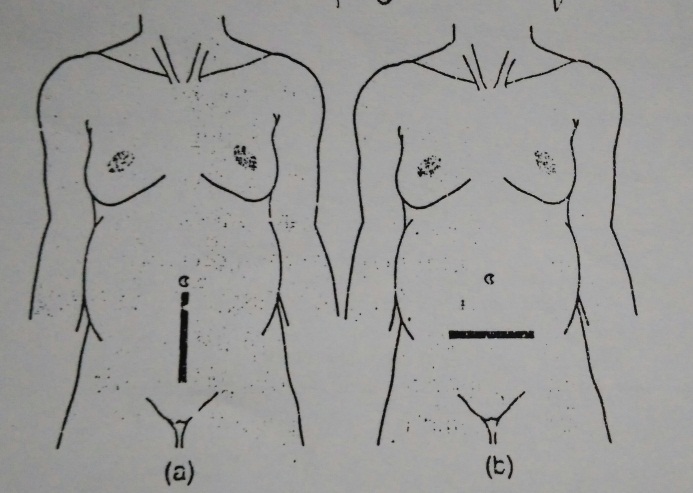
Insisi-insisi yang paling sering dilakukan pada pembedahan seksio sesarea berdasarkan lokasi menurut Manual, Labour (2007) adalah sebagai berikut:

1. Insisi Abdominal
2. *Insisi garis tengah subumbilikal*

Insisi ini mudah dan cepat. Akses mudah dengan perdarahan minimal. Berguna jika akses kes segmen bawah kulit, contohnya jika ada kifosklerosis berat atau fibroid segmen bawah anterior. Walaupun, bekas luka tidak terlihat, terdapat banyak ketidaknyamanan pascaoperasi dan luka jahitan lebih cenderung muncul dibandingkan dengan insisi transversa. Jika diperluasan ke atas menuju abdomen memungkinkan, insisi pramedian kanan dapat dilakukan.

1. *Insisi transversal (Pfannenstiel)*

Insisi transversa merupakan insisi pilihan saat ini. Secara kosmetik memuaskan, lebih sedikit menimbulkan luka jahitan dan lebih sedikit ketidaknyamanan, memungkinkan mobilitas pascaoperasi yang lebih baik. Insisi secara teknis lebih sulit khususnya pada operasi berulang. Insisi ini lebih vaskular dan memberikan akses yang lebih sedikit. Variasinya meliputi insisi Joel Choen (tempat abdomen paling atas) dan Misgav Ladach (menekankan pada penjagaan struktur anatomi).



**Gambar 2.1** Arah Sayatan Seksio Saesarea (a) Insisi garis tengah subumbilikal, (b) Insisi Transversa (Pfannensial).

Sumber: Manual, Labuar, 2007

1. Insisi Uterus
2. *Seksio sesarea segmen bawah*

Ini adalah pendekatan yang lazim digunakan. Insisi transversa ditempatkan di segmen bawah uterus gravid dibelakang peritoneum utero-vesikel.

Keuntungan meliputi :

* Lokasi tersebut memiliki lebih sedikit pembuluh darah sehingga kehilangan darah yang ditimbulkan hanya sedikit.
* Mencegah penyebaran infeksi ke rongga abdomen
* Merupakan bagian uterus yang sedikit berkontraksi sehingga hanya sedikit kemungkinan terjadinya ruptur pada bekas luka di kehamilan berikutnya.

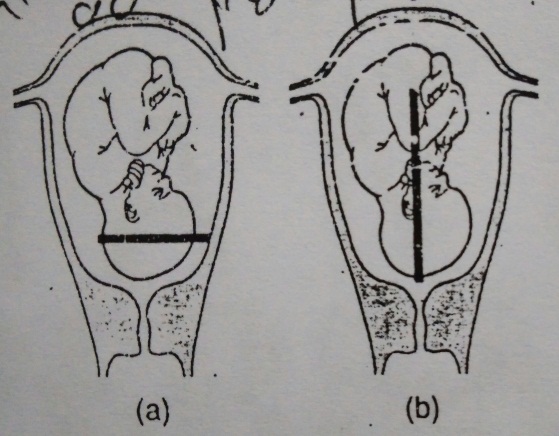
Kerugian meliputi :

* Akses mungkin terbatas.
* Lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih meningkatkan resiko kerusakan khususnya pada prosedure pengulangan.
* Perluasan ke sudut lateral atau dibelakang kandung kemih dapat meningkatkan kehilangan darah.

1. *Seksio sesarea klasik*

Insisi ini ditempatkan secara vertikeal di garis tengah uterus. Indikasi penggunaanya meliputi :

* Gestasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah.
* Jika akses ke segmen bawah terhalang oleh perlekatan fibroid uterus.
* Jika janin terimpaksi pada posisi transversa.
* Pada keadaan segmen bawah vaskular karena plasenta previa anterior.
* Jika ada karsinoma serviks
* Jika kecepatan sangat penting, contohnya setelah kematian ibu.



**Gambar 2.2** Arah Sayatan Seksio Sesarea (a) Insisi segmen bawah, (b) Insisi Klasik.

Sumber: Manual, Labour, 2007.

* + 1. **Indikasi Operasi Seksio Sesarea**

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan seksio sesarea menurut Rasjidi, I (2009) adalah : indikasi mutlak, indikasi relatif dan indikasi sosial.

1. Indikasi Mutlak
2. Indikasi ibu

* Panggul sempit absolut
* Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
* Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
* Stenosis serviks atau vagina
* Plasenta previa
* Disproporsi sefalopelvik
* Ruptur uteri membakat

1. Indikasi janin

* Kelainan letak
* Gawat janin
* Prolapsus plasenta
* Perkembangan bayi yang terhambat
* Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

1. Indikasi Relatif
2. Riwayat seksio sesarea sebelumnya
3. Presentasi bokong
4. Distosia
5. Fetal distress
6. Preeklamsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
7. Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
8. Gemeli
9. Indikasi Sosial
10. Wanita yang takut melahirkan berdasrkan pengalaman sebelumnya
11. Wanita yang ingin sekksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasra panggul
12. Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan
    * 1. **Kontraindikasi Operasi Seksio Sesarea**

Kontaindikasi seksio sesarea menurut Rasjidi, I (2009) meliputi :

1. Janin mati
2. Syok
3. Anemia berat
4. Kelainan kongenital berat
5. Infeksi piogenik pada dinding abdomen
6. Minimnya fasilitas operasi seksio sesarea
   * 1. **Komplikasi Operasi Seksio Sesarea**

Komplikasi yang terjadi pada pembedahan seksio sesarea menurut Jitowiyono (2012) adalah :

1. Infeksi puerperal

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsi dsb.

1. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.

1. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.
2. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa rupture uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio klasik.
   * 1. **Manajemen Nyeri Post Operasi Seksio Sesarea**

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016). Manajemen nyeri untuk pasien post seksio sesarea dapat dilakukan dengan terapi farmakologi maupun non-farmakologi. Farmakologi contohnya dengan obat analgesik atau anti-inflamasi nonsteroid yaitu salah satunya ketorolac (Toradol) dosis 10 mg PO setiap 4-6 jam, atau 30-60 mg IM atau 30 mg IV sebagai dosis tunggal (Karch. 2011). Sedangkan terapi non-farmakologi contohnya relaksasi, distraksi, guide imaginary dll (Sulistyo, 2016).

* 1. **Konsep Dasar Nyeri**
     1. **Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama individu mencari bantuan perawatan kesehatan dan dapat terjadi bersamaan dengan proses penyakit, pemeriksaan diagnostik ataupun pengobatan (Smeltzer & Bare, 2002).

Definisi keperawatan tentang nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya. Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat individual. Perawat harus percaya kepada pasien yang mengatakan nyeri bahwa nyeri itu nyata, meskipun penyebabnya tidak diketahui (Smeltzer & Bare, 2002) (Potter & Perry, 2006).

Perawat bertanggung jawab terhadap nyeri yang dikatakan secara verbal dan juga pengamatan perilaku nonverbal yang dapat terjadi bersamaan dengan nyeri. Perlu juga memantau perubahan fisiologis dengan cermat, seperti perubahan tanda-tanda vital (Potter & Perry, 2006).

Sehingga dari pernyataan diatas, nyeri adalah suatu stimulus yang tidak menyenangkan yang mengakibatkan perasaan menderita pada individu dan dapat diamati secara verbal dan juga nonverbal.

* + 1. **Fisiologis Nyeri**

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah *nociceptor* yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu (Hidayat A. A., 2009).

Mekanisme timbulnya nyeri secara fisiologis melibatkan lima proses sebagai berikut:

1. Stimulus

Reseptor nyeri yaitu *nociceptor* dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin. Stimulasi lain berupa termal, listrik atau mekanis (Hidayat A. A., 2009).

Respons yang berupa impuls nyeri tersebut dihantarkan ke sistem saraf pusat (SSP) melalui dua tipe serabut saraf perifer: serabut A-delta yang bermielinasi dan cepat dan serabut C yang tidak bermielinasi dan berukuran sangat kecil serta lambat (Potter & Perry, 2006).

1. Transduksi

Transduksi merupakan proses ketika stimulus nyeri (*noxious stimuli)* diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf dan dapat diakses oleh otak. Proses tranduksi dimulai ketika *nociseptor* yaitu reseptor yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri teraktivasi. Aktivasi reseptor ini merupakan bentuk respon terhadap stimulus yang datang. Sel yang rusak akan melepaskan mediator-mediator kimia seperti prostaglandin dari sel, bradikinin dari plasma, histamin dari sel mast, serotonin dari trombosit dan substansi P dari ujung saraf nyeri memengaruhi *nociseptor* di luar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri melingkar (Sulistyo, 2016).

Selanjutnya terjadi proses sensitifikasi perifer, yaitu menurunnya nilai ambang rangsang *nociseptor* karena pengaruh mediator-mediator tersebut dan penurunan pH jaringan. Akibatnya, nyeri dapat timbul karena rangsang yang sebelumnya tidak menimbulkan nyeri misalnya rabaan (Sulistyo, 2016).

1. Transmisi

Transmisi nyeri terjadi melalui serabut saraf aferen (serabut nociceptor) yang terdiri dari dari dua macam, yaitu serabut A (A delta) yang peka terhadap nyeri tajam dan panas disebut juga dengan first pain/ fast pain dan serabut C (C fiber) yang peka terhadap nyeri tumpul dan lama yang disebut second pan/slow pain (Sulistyo, 2016).

1. Modulasi

Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf, dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Hambatan terjadi melalui sistem analgesia endogen yang melibatkan bermacam-macam neurotransmitter antara lain *endorphin* yang dikeluarkan oleh sel otak dan neuron di spinalis. Pada tahap ini, modulasi nyeri berdampak pada menurunnya jumlah impuls nyeri yang akan dikirim ke thalamus. Hal ini dipengaruhi juga oleh hadirnya stimulus lain yang dapat meningkatkan *release* dari analgesia endogen (Sulistyo, 2016).

1. Persepsi

Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006). Persepsi merupakan hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada akhirnya akan menghasilkan suatu proses subjektif.

Persepsi nyeri merupakan hasil interaksi sistem saraf sensoris, informasi kognitif (korteks serebri) dan pengalaman emosional (hipokampus dan amigdala). Persepsi menentukan berat ringannya nyeri yang dirasakan. Setelah sampai ke otak, nyeri dirasakan secara sadar dan menimbulkan respons berupa perilaku seperti menghindari stimulus nyeri dan ucapan yang merespons adanya nyeri (Sulistyo, 2016).

* + 1. **Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi nyeri secara umum dikategorikan menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

1. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya awitannya tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadinya penyembuhan; nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan (Brunner & Suddarth, 2002).

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti: peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, diaphoresis dan dilatasi pupil. Klien yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah dan menyeriangi. Klien akan melaporkan secara verbal adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan (Sulistyo, 2016).

1. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Brunner & Suddarth, 2002).

Nyeri kronis diduga bahwa ujung-ujung saraf yang normalnya tidak mentransmisikan nyeri menjadi mampu untuk mencetuskan sensasi nyeri, atau ujung-ujung saraf yang normalnya hanya mentransmisikan stimulus yang sangat nyeri, mentransmisikan stimulus yang sebelumnya tidak nyeri sebagai stimulus yang sangat nyeri (Brunner & Suddarth, 2002).

Tabel 2. 1 Perbandingan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

| **Karakteristik** | **Nyeri akut** | **Nyeri Kronis** |
| --- | --- | --- |
| Tujuan/keuntungan | Memperingatkan adanya cedera atau masalah | Tidak ada |
| Awitan | Mendadak | Terus menerus dan intermiten |
| Intensitas | Ringan sampai berat | Ringan sampai berat |
| Durasi | Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan) | Durasi lama (6 bulan atau lebih) |
| Respons otonom | * Konsisten dengan respons stress simpatis * Frekuensi jantung meningkat * Volume sekuncup meningkat * Tekanan darah meningkat * Dilatasi pupil meningkat * Tegangan otot meningkat * Motilitas gastrointestinal menurun * Aliran saliva menurun (mulut kering) | Tidak ada respons otonom |
| Komponen psikologis | Ansietas | * Depresi * Mudah marah * Menarik diri dari minat dunia luar * Menarik diri dari persahabatan |
| Respons jenis lainnya | * Menangis/mengerang * Waspada * Mengerutkan kening * Menyeriangi * Mengeluh nyeri | * Tidur terganggu * Libido menurun * Nafsu makan menurun |
| Contoh | Nyeri bedah, trauma | Nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal |

Sumber: Brunner & Suddarth, 2002.

* + 1. Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan respons fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri. Respons nyeri pada masing-masing individu mempunyai karakteristik yang berbeda-beda (Potter & Perry, 2006).

1. Respons Fisiologis

Perubahan fisiologis involuter dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibanding laporan verbal pasien. Respons fisiologik harus digunakan sebagai pengganti untuk laporan verbal dari nyeri pada pasien tidak sadar (Brunner & Suddarth, 2002). Respons fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu (Potter & Perry, 2006). Tabel 2.2 menunjukkan respon fisiologis terhadap nyeri.

Tabel 2. 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 | Menyebabkan peningkatan transport oksigen |
| Vasokontriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah) | Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak |
| Peningkatan kadar glukosa darah | Menghasilkan energi tambahan |
| Diaforesis | Mengontrol temperatur tubuh selama stress |
| Peningkatan ketegangan otot | Mempersiapkan otot untuk melakukan aksi |
| Dilatasi pupil | Memungkinkan penglihatan yang lebih baik |
| Penurunan motilitas saluran cerna | Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat |
| **STIMULASI PARASIMPATIKI** |  |
| Pucat | Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer |
| Ketegangan otot | Akibat keletihan |
| Penurunan denyut jantung dan tekanan darah | Akibat stimulasi vagal |
| 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 |

Sumber: Brunner & Suddarth, 2002.

1. Respons Perilaku

Respons periaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat beragam mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respons terhadap lingkungan (Brunner & Suddarth, 2002). Respons perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 2. 3 Respons Perilaku Nyeri pada Klien

| Respons Perilaku Nyeri pada Klien | |
| --- | --- |
| Vokalisasi | * Mengaduh * Menangis * Sesak napas * Mendengkur |
| Ekspresi Wajah | * Meringis * Menggeletukkan gigi * Mengernyitkan dahi * Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar * Menggigit bibir |
| Gerakan tubuh | * Gelisah * Imobilisasi * Ketegangan otot * Peningkatan gerakan jari dan tangan * Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan * Gerakan ritmik atau gerakan menggosok * Gerakan melindungi bagian tubuh |
| Interaksi social | * Menghindari percakapan * Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri * Menghindari kontak sosial * Penurunan rentang perhatian |

Sumber: Potter & Perry, 2006.

* + 1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi**

Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks dan banyak faktor yang memengaruhi pengalaman nyeri individu. Menurut Perry & Potter (2006) faktor-faktor yang memengaruhi respons nyeri adalah sebagai berikut:

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang memengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri, kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri. Pada lansia, perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia mengalami nyeri. Pada kondisi lansia seringkali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu.

1. Jenis Kelamin

Pria dan wanita tidak berbeda bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin, misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

1. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya memengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskerud, 1991 dalam Potter & Perry, 2006).

1. Makna Nyeri

Makna seseorang dikaitkan dengan nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini dikaitkan dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

1. Perhatian

Tingkat individu memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2006). Konsep ini diterapkan dalam keperawatan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri seperti relaksasi, *guided imagery* dan masase.

1. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian limbik untuk mengendalikan emosi (ansietas). Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

1. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri akan semakin berat. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap.

1. Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Apabila individu mengalami nyeri yang sama berulang-ulang dan nyeri tersebut berhasil dihilangkan maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri. Apabila seorang klien tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat menganggu koping terhadap nyeri.

1. Gaya Koping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa, sepeti nyeri (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2006). Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor-faktor lain di dalam lingkungan mereka, seperti perawat, sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir suatu peristiwa. Individu yang memiliki lokus kendali internal melaporkan mengalami nyeri yang tidak terlalu berat daripada individu yang memiliki lokus kendali eksternal (Schultheis, 1987 dalam Potter & Perry, 2006).

1. Dukungan Keluarga dan Sosial

Kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons nyeri. Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap terasa, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

1. Tindakan Pembedahan

Pada pasca pembedahan terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (*cell injury*) sebagai stimulus mekanik. Adanya *cell injury* akan menyebabkan pelepasan mediator histamin, bradikinin, prostaglandin yang akan ditangkap oleh reseptor nyeri (*nociceptor*) sebagai impuls nyeri yang akan dihantar ke sistem saraf pusat (SSP) melalui serabut saraf perifer dan akan dipersepsikan sebagai respons nyeri (Potter dan Perry, 2016).

1. Pemberian Spinal Anestesi Blok (SAB)

Selama blok subaraknoid atau spinal, akar-akar saraf “dibasuh” dengan anestetik lokal yang dimasukkan ke dalam cairan serebrospinal. Anestetik lokal menempati reseptor-reseptor diserat saraf dan mencegah hantaran impuls. Anestesi lokal yang sering dipakai adalah bupivakain yang dibuat isobarik, hiperbarik atau hipobarik terhadap cairan serebrospinal. Barisitas anestesi lokal mempengaruhi penyebaran obat tergantung dari posisi pasien. Klien dengan anestesi spinal akan pulih selama 4-6 jam setelah operasi (Gruendemann, 2006)

* + 1. **Pengkajian Nyeri**

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji beberapa aspek antara lain: penentuan ada tidaknya nyeri, faktor-faktor yang memengaruhi nyeri, pengalaman nyeri, ekspresi nyeri, karakteristik nyeri, ekspresi nyeri, respons dan efek nyeri (fisiologis, perilaku, dan pengaruhnya terhadap ADL), persepsi terhadap nyeri dan mekanisme adaptasi terhadap nyeri (Sulistyo, 2016).

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengetahui karakteristik nyeri (PQRST) yang akan membantu pasien mengungkapkan keluhannya secara lengkap yaitu sebagai berikut:

1. *Provocate/palliates* (P)

Mengkaji tentang penyebab nyeri dan yang dapat mengurangi serta memperberat nyeri (Sulistyo, 2016).

1. *Quality* (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk, dll (Prasetyo, 2010).

1. *Region* (R)

Mengkaji lokasi nyeri dengan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, namun nyeri yang dirasakan pasien bisa bersifar difus (menyebar) (Prasetyo, 2010).

1. *Severity* (S)

Mengkaji tingkat keparahan nyeri dengan menggambarkan nyeri yang dirasakan dari rentang skala 1-10 yaitu mulai dari nyeri ringan, sedang dan berat (Sulistyo, 2016).

1. *Time* (T)

Mengkaji awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan: “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”, “Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?”, “Seberapa sering nyeri kambuh?”.

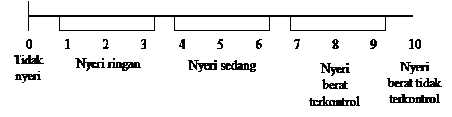
* + 1. **Pengukuran Respon Intensitas Nyeri**

Intesitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Sulistyo, 2016).

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan pengukuran skala nyeri, yaitu sebagai berikut:

1. Skala Deskriptif Verbal/ *Verbal Description Scale (VDS)*

Merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai nyeri yang tidak tertahankan. Perawat menunjukan klien sklal nyeri tersebut dan meminta klien memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri yang terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri (Potter & Perry, 2006).



Gambar 2. 3 *Verbal Description Scale (VDS)*

Sumber: Sulistyo, 2016.

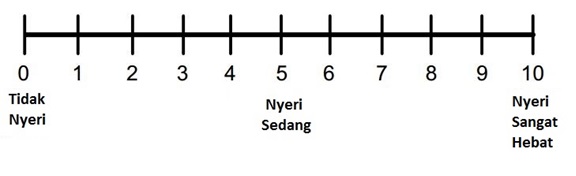
**Tabel 2.4 Tingkatan dan Karakteristik Skala Nyeri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Karateristik** | **Skala Nyeri** | **Keterangan** |
| Tidak nyeri | 0 | Tidak ada nyeri yang dirasakan |
| Nyeri ringan | 1-3 | 1. Nyeri dirasakan namun tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan 2. Dapat berkomunikasi dengan baik 3. Dapat mengikuti perintah dengan baik 4. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan dan dapat mendeskripsikannya |
| Nyeri sedang | 4-6 | 1. Nyeri menyebabkan kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan 2. Masih dapat mengikuti perintah dengan baik 3. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikannya 4. Mendesis, menyeringai |
| Nyeri berat terkontrol | 7-9 | 1. Nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari 2. Masih responsif terhadap tindakan manual 3. Menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat namun tidak dapat mendeskripsikannya 4. Tidak dapat mengikuti perintah 5. Klien tidak dapat diatur untuk alih posisi nafas panjang dan mengalihkan perhatian |
| Nyeri berat tidak terkontrol | 10 | 1. Tidak mampu berkomunikasi dengan baik 2. Tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri 3. Berteriak dan histeris 4. Tidak dapat mengikuti perintah lagi 5. Menarik apa saja yang tergapai |

Sumber : Brunner & Suddarth, 2002.

1. Skala Penilaian Numerik/ *Numeric Rating Scale* (NRS)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien diminta menilai nyeri dengan skala sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. NRS dikembangkan dari VAS dapat digunakan dan sangat efektif untuk pasien-pasien pembedahan, post anestesi awal dan sekarang digunakan secara rutin untuk pasien-pasien yang mengalami nyeri di unit post operasi (McCaffrey &Bebbe, 1993 dalam Novita, 2012).



**Gambar 2.4** Numeric Rating Scale

Sumber : Sulistyo, 2016

**Keterangan :**

1. **0** = Tidak terasa sakit
2. **1 nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) =** Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit.
3. **2** **(tidak menyenangkan) =** Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
4. **3 (bisa ditoleransi)** = Nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.
5. **4 (menyedihkan) =** Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
6. **5 (sangat menyedihkan) =** Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.
7. **6 (intens) =** Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya memengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
8. **7 (sangat intens) =** Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra Anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.
9. **8 (benar-benar mengerikan) =** Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
10. **9 (menyiksa tak tertahankan) =** Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resikonya.
11. **10 (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan)** = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri.

Sumber : Muhlisin, A

1. Skala Analog Visual/ *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala VAS adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut (Sulistyo, 2016).

Untuk mengukur skala intensitas pada anak-anak, dikembangkan alat yang dinamakan *Oucher*. Seorang anak biasanya menunjuk ke sejumlah pilihan gambar yang mendeskripsikan nyeri. Cara ini lebih sederhana untuk mendeskripsikan nyeri. Versi etnik baru pada alat telah dikembangkan oleh Wong dan Baker (1998) dalam Potter & Perry (2006) untuk mendeskripsikan nyeri pada anak-anak yang terdiri dari 6 wajah profil kartun. Anak-anak berusia tiga tahun dapat menggunakan skala tersebut.

Gambar 2. 5 Skala Nyeri Oucher Versi Orang Afrika-Amerika

Sumber: Denyes Villaruel, 1990, dikutip dari Potter & Perry, 2006.



Gambar 2. 6 Skala Wajah

Sumber: Wong DL, Baker CM, 1998, dikutip dari Potter & Perry, 2006.

## 2.2.8 Nyeri Post Operasi Seksio Sesarea

Pada bedah seksio sesarea dapat menyebabkan kelemahan otot abdominal. Hal ini akan menganggu pernapasan abdominal serta fungsi dinding abdomen sebagai penunjang. Selanjutnya, timbul stress pada otot punggung yang dapat memunculkan nyeri punggung bawah (Sjamsuhidajat & Jong, 2011).

Pada pembedahan seksio sesarea terdapat berbagai macam jenis sayatan tergantung indikasi dan area operasi. Macam luka pembedahan *(incision)* juga sangat berperan dalam timbulnya nyeri pascabedah. Pada luka operasi atau insisi *subcostal* kurang menimbulkan rasa nyeri pascabedahnya dibandingkan luka operasi *midline*, pada insisi abdomen arah transversal akan terjadi kerusakan syaraf intercostalis minimal. Pada pembedahan yang letaknya di permukaan *(superficial),* daerah kepala, leher, extrimitas, dinding thorax dan dinding abdomen rasa nyerinya sangat bervariasi:

1. Nyeri hebat (*severe*): 5 – 15 %
2. Nyeri yang sedang (*moderate*): 30 – 50 % dari penderita
3. Nyeri yang ringan atau tanpa nyeri: 50%, dimana penderita tidak memerlukan analgetik narkotik.

## Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016).

1. Tindakan Nyeri Non-Farmakologi
2. Bimbingan Antisipasi

Nyeri yang dirasakan oleh seorang individu biasanya akan menimbulkan kecemasan, sedangkan kkecemasan sendiri bisa meningkatkan persepsi nyeri. Kecemasan klien dapat berasal dari pemahaman yang kurang mengenai nyeri atau penyakitnya dalam hal ini perlu adanya suatu teknik modifikasi yang secara langsung menurunkan kecemasan dan nyeri yang dirasakan akibat kurangnya pemahaman tentang penyakitnya. Teknik tersebut adalah bimbingan antisipasI (Sulistyo, 2016).

1. Terapi Es dan Panas

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh-pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut (Steven, 2000 dalam Sulistyo, 2016).

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi (Sulistyo, 2016).

1. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartiakn lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal diluar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2016).

1. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2016).

1. Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi Otot progresif adalah cara yang mudah untuk melaksanakan seluruh tubuh dengan mengubah ketegangan dan merelaksasikan otot dari kepala ke kaki. Latihan relaksasi otot progresif meliputi kombinasi latihan pernapasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot (Potter dan Perry, 2006).

1. Relaksasi Autogenik

Salah satu metode untuk mengatasi nyeri secara non-farmakologi adalah relaksasi autogenik. Relaksasi ini mudah dilakukan dan tidak berisiko. Relaksasi autogenik diberikan selama 5-10 menit dengan prinsip klien mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra/doa/zikir dalam hati seiring dengan ekspirasi udara paru (Asmadi, 2008).

1. Tindakan Nyeri Farmakologi
2. Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artitis reumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi dan masalah pada punggung bagian bawah (Sulistyo, 2016).

1. Analgesik narkotik atau opiat

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

1. Obat tambahan (Adjuvan)

Adjuvan seperti sedatif, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual, muntah. Agnes tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Sulistyo, 2016).

* 1. **Konsep Dasar Relaksasi Otot Progresif**
     1. **Definisi Relaksasi Otot Progresif**

Relaksasi Otot progresif adalah cara yang mudah untuk melaksanakan seluruh tubuh dengan mengubah ketegangan dan merelaksasikan otot dari kepala ke kaki. Latihan relaksasi otot progresif meliputi kombinasi latihan pernapasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. Klien mulai latihan bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan & dada mengembang penuh. Saat klien melakukan pola pernapasan yang teratur, perawat mengarahkan klien untuk melokalisasi setiap daerah yang mengalami ketegangan otot, berpikir bagaimana rasanya, menegangkan otot sepenuhnya dan kemudian merelaksasikan otot-otot tersebut. Kegiatan ini menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stres (Potter & Perry, 2006).

**2.3.2 Manfaat Relaksasi Otot Progresif**

Menurut Prawitasari, dkk (2002) secara umum beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari latihan relaksasi antara lain :

1. Relaksasi akan membuat individu lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres.
2. Mengurangi perilaku tertentu yang terjadi selama periode stres seperti mengurangi jumlah rokok yang dihisap, konsumsi alkohol, pemakaian obat-obatan, dan makan yang berlebihan.
3. Kelahan, aktivitas mental, dan atau latihan fisik yang tertunda dapat diatasi dengan lebih cepat dengan menggunakan latihan relaksasi.
4. Kesadaran diri tentang keadaan fisiologis seseorang dapat meningkat sebagai hasil latihan relaksasi, sehingga memungkinkan individu untuk menggunakan keterampilan relaksasi untuk timbulnya rangsangan fisiologis.

Menurut Maryam dkk, (2010) manfaat relaksasi otot progresif antara lain sebagai berikut :

1. Menurunkan stres, nyeri, kecemasan, dan tekanan darah tinggi
2. Mengatasi masalah sulit tidur
3. Mengatasi mual dan muntah
4. Melemaskan otot-otot tubuh yang tegang.
5. Meningkatkan kesegaran dan daya tahan tubuh
6. Mencegah kekambuhan penyakit yang disebabkan oleh stres.
   * 1. **Indikasi dan Kontraindikasi Relaksasi Otot Progresif**

Menurut Setyoadi 2011, mengatakan indikasi dari terapi relaksasi otot progresif yaitu:

1. Klien yang mengalami gangguan tidur (insomnia)
2. Klien sering stres
3. Klien yang mengalami kecemasan
4. Klien yang mengalami depresi

Menurut Setyoadi (2011), kontraindikasi dari relaksasi otot progresif ialah :

1. Lansia yang mengalami keterbatasan gerak misalnya tidak bisa menggerakkan badannya.
2. Lansia yang menjalani perawatan tirah baring (bed rest).

Dalam teori diatas, kontraindikasi relaksasi otot progresif untuk pasien post operasi yaitu klien yang mengalami keterbatasan gerak misalnya tidak bisa menggerakan badanya (stroke, fraktur dll), klien yang menjalani perawatan tirah baring baring (bedrest).

* + 1. **Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Berikut gerakan-gerakan dalam *progresive muscle relaxation* (Subekti, I dkk 2012):

1. Posisikan tubuh dengan duduk atau berbaring dengan nyaman
2. Gerakan pembuka : Pejamkan mata dengan perlahan, lanjutkan dengan menarik nafas dalam, menghirup udara melalui hidung, menghembuskan melalui mulut secara perlahan. Rasakan udara memenuhi abdomen. Ketika menghembuskan nafas melalui mulut, rasakan bahwa semua ketegangan otot-otot juga seperti dikeluarkan. Ulangi berkali-kali sampai merasa nyaman dan rileks.
3. Pusatkan pikiran pada kaki dan betis. Tarik jari-jari keatas dan tegangkan kaki dan betis selama beberapa detik, bersamaan dengan menarik nafas melalui hidung, kemudian kendurkan kembali, sambil menghembuskan nafas melalui mulut. Lakukan berulang-ulang sampai merasa nyaman dan rileks.
4. Pusatkan pikiran pada paha dan bokong. Luruskan kedua kaki, lalu tegangkan paha dan bokong selama beberapa detik dengan bertumpu pada kedua tumit kaki, bersamaan dengan menarik nafas melalui hidung, kemudian kendurkan kembali sambil menghembuskan nafas melalui mulut. Lakukan berkali-kali sampai merasa nyaman dan rileks.
5. Pusatkan pikiran pada perut dan dada. Tarik nafas dalam melalui hidung, tahan beberapa saat, kemudian hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan. Rasakan ketegangan keluar dari dalam tubuh.
6. Pusatkan pikiran pada kedua lengan dan tangan. Luruskan kedua lengan dan jari-jari, kemudian tegangkan otot-otot lengan dan jari sambil mengepalkan tangan dengan kuat selama beberapa detik, bersamaan dengan menarik nafas dari hidung, kemudian kendurkan kembali sambil menghembuskan nafas melalui mulut. Lakukan berkali-kali sampai merasa nyaman dan rileks.
7. Pusatkan pada bahu dan leher. Tegangkan leher dan kedua bahu kebelakang selama beberapa detik, bersamaan dengan menarik nafas dari hidung, kemudian kendurkan kembali sambil menghembuskan nafas melalui mulut. Rasakan semua ketegangan dikeluarkan. Lakukan berkali-kali sampai merasa nyaman dan rileks.
8. Pusatkan pada wajah dan kepala. Kerutkan dahi, dan buka mata lebar-lebar selama beberapa detik, lalu kendurkan. Kempiskan hidung selama beberapa detik, lalu kendurkan kembali. Tarik mulut kebelakang dan rapatkan gigi selama beberapa detik, kemudian kendurkan. Lakukan berkali-kali sampai merasa nyaman dan rileks.
9. Duduk kembali dengan tenang, lakukan seperti pada gerakan pembuka (no 2 diatas) dan rasakan semua ketegangan tubuh sudah dikeluarkan.
   * 1. **Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Nyeri**

Smeltzer & Bare (2002) mengatakan tujuan latihan relaksasi adalah untuk menghasilkan respon yang dapat memerangi stress. Dengan demikian, saat melakukan relaksaksi otot progresif dengan tenang, rileks dan penuh kosentrasi (relaksasi dalam) terhadap tegang dan relaksasi otot yang dilatih selama 30 menit maka sekresi CRH (c*otricotropin releasing hormone)* dan ACTH (*adrenocorticotropic hormone)*di hipotalamus menurun sehingga pengeluaran adrenalin berkurang. Penurunan sekresi hormon ini menyebabkan aktivitas syaraf simpatis menurun, akibatnya terjadi ketegangan otot yang mengakibatkan keletihan.

Relaksasi otot progresif dapat mempengaruhi tingkat nyeri seperti pada penelitian Ikrima, 2015 “Pengaruh relaksasi otot progresif terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien nyeri kepala” menyimpulkan bahwa terapi non-farmakologi yang efektif untuk menurunkan nyeri kepala (tension type) yaitu dengan menggunakan terapi relaksasi otot progresif dengan mengidentifikasi otot yang tegang.

**2.4 Konsep Dasar Relaksasi Autogenik**

* + 1. **Definisi Relaksasi Autogenik**

Menurut Greenberg (2000) dalam Setyawati (2010) relaksasi autogenik adalah relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata atau kalimat pendek atau pikiran yang bisa membuat pikiran tentram. Autogenik adalah pengaturan diri atau pembentukan diri sendiri. Kata ini juga dapat berarti tindakan yang dilakukan diri sendiri. Istilah autogenik secara spesifik menyiratkan bahwa kita memiliki kemampuan untuk mengendalikan beragam fungsi tubuh, seperti frekuensi jantung, aliran darah dan tekanan darah.

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stres yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman (Potter & Perry, 2006)

* + 1. **Manfaat Relaksasi Autogenik**

Teknik relaksasi memiliki manfaat bagi pikiran kita, salah satunya keadaan rileks, peningkatan konsentrasi serta peningkatan rasa bugas dalam tubuh (Potter & Perry, 2006).

Menurut Handiono (2009) dalam Mala (2014), beberapa dampak keuntungan melakukan relaksasi , dapat memberikan keuntungan secara fisik dan psikis ketika stres antara lain:

1. Memberikan rasa tenang, mengurangi detak jantung
2. Mengurangi tekanan darah dan memperlancar peredaran darah
3. Mengatur pernafasan
4. Mengurangi pegal akibat meningkatnya tekanan otot akibat stres.
5. Meningkatkan kemampuan konsentrasi.
6. Memberikan kontrol baik ketika marah atau frustasi.
7. Memberikan tenaga lebih dalam menghadapi stres.
8. Tenang dalam menghadapi masalah dan bertindak efisien.
9. Memberikan ketenangan dalam pengambilan keputusan.
   * 1. **Indikasi dan Kontraindikasi Relaksasi Autogenik**

Relaksasi autogenik tidak dianjurkan untuk anak dibawah 5 tahun, individu yang kurang motivasi atau individu yang memiliki masalah mental dan emosional yang berat. Individu dengan masalah serius seperti DM atau masalah jantung harus dibawah pengawasan dokter atau perawat ketika melakukannya. Beberapa peserta latihan mengalami kenaikan tekanan darah dan sebagainya mengalami penurunan tekanan darah yang tajam. Jika cemas atau gelisah selama atau sesudah latihan, atau mengalami efek samping tidak bisa diam, maka latihan harus dihentikan (Saunders, 2007).

* + 1. **Teknik Relaksasi Autogenik**

Menurut Subekti, I dkk (2012) teknik ini dapat dilakukan dengan cara :

1. Pastikan anda dalam posisi nyaman
2. Pilihlah satu kata/kalimat yang dapat membuat kita tenang misalnya “Aku Cinta Tuhan, Tuhan Bersamaku, Astagfitullah”. Jadilah kata-kata tersebut sebagai “mantra” untuk mencapai kondisi rileks.
3. Tutup mata secara perlahan-lahan.
4. Lemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala, bahu, punggung, tangan, sampai dengan kaki secara perlahan-lahan.
5. Tarik nafas melalui hidung secara perlahan. Buang nafas melalui mulut secara perlahan.
6. Pada saat menghembuskan nafas melalui mulut, ucapkan dalam hati “mantra” tersebut.
7. Fokuskan pikiran pada kata-kata “mantra” tersebut.
8. Lakukan berulang selama kurang lebih 10-15 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang upayakan untuk memfokuskan kembali pada kata-kata “mantra”.
9. Bila dirasakan sudah nyaman dan rileks, tetap duduk tenang dengan mata masih tetap tertutup untuk beberapa saat.
10. Langkah terakir, buka mata perlahan-lahan sambil merasakan kondisi rilek.

**2.4.5 Pengaruh Relaksasi Autogenik Terhadap Nyeri**

Relaksasi autogenik merupakan latihan nafas dan imaginery. Dengan latihan nafas dan imaginery yang teratur dan dilakukan dengan benar, tubuh akan menjadi lebih rileks, menghilangkan ketegangan saat mengalami stress dan bebas dari ancaman. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipothalamus untuk menghasilkan *Corticotropin Releasing Faktor (CRF).* Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pitutary untuk meningkatkan produksi *Proopiodmelanocortin (POMC)* sehingga produksi *enkephalin* oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar pitutary juga menghasilkan *β endorphin* sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasan hati menjadi rileks. Meningkatkan *enkephalin* dan *β endorphin* akan mebuat seseorang akan merasa lebih rileks dan nyaman sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang (Dina, Fithriana, 2016).

Relaksasi autogenik akan memberikan respon relaksasi karena saraf parasimpatis akan teraktifkan dan menurunkan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang memengaruhi tingkat stress seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur. Pada saat melakukan napas dalam maka akan merangsang tubuh melepaskan menghambat transmisi nyeri: serotonin, opioid endogen yaitu endorphin dan enfekalin yang akan terproduksi dan menghambat mediator nyeri yang dapat menimbulkan nyeri seperti bradikinin, prostaglandin. Sehingga stimulus nyeri yang menuju otak tidak menstimulasi saraf otonom untuk menghasilkan respons stress. Namun akan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis sebagai respons relaksasi (Smeltzer & Bare, 2002).

Relaksasi Autogenik dapat mempengaruhi tingkat nyeri seperti pada penelitian Ati Nurhayati, dkk (2015) “Relaksasi Autogenik terhadap penurunan skala nyeri pada Ibu Post Operasi Sectio Saecarea” menyimpulkan bahwa skala nyeri post operasi SC sebelum dilakukan intervensi relaksasi autogenik sebanyak 64% responden mengalami nyeri luka post operasi dengan rentang skala 4-6 (nyeri sedang), sedangkan skala nyeri pasien post SC setelah dilakukan relaksasi autogenik menunjukkan 73,3% responden mengalami nyeri dengan rentang skala 4-6 (nyeri sedang). Pada penelitian tersebut cara menilai dengan menggunakan pretest dilakukan untuk mengukur skala nyeri pasien dengan post SC sebelum dilakukan intervensi, selanjutnya postest dilakukan setelah diberikan intervensi relaksasi autogenik pada pasien dengan post operasi SC.

**2.5 Kerangka Konsep**

Post Operasi Seksio Sesarea

Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri:

1. Usia
2. Jenis kelamin
3. Kebudayaan
4. Makna nuyeri
5. Ansietas
6. Kelelahan
7. Pengalaman terdahulu
8. Gaya koping
9. Keluarga dan dukungan
10. Pasca pembedahan dan anasthesi

Terjadi perlukaan (insisi) yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (*cell injury*) sebagai stimulus mekanik

Perubahan Tingkat Nyeri

Nyeri Akut

Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi Autogenik

Tubuh Dalam Keadaan Tenang dan rileks

Sekresi CRH & ACTH

Adrenalin

Pelepasan penghambat transmisi nyeri : serotonin, opiod, endogen (endorrphin, enkefalin)

Merangsaang saraf parasimpatis

Keterangan :

Area yang diteliti

Area yang tidak diteliti

Sumber :

1. Brunner, & Suddarth, 2002
2. Potter & Perry, 2006
3. Sulistyo, 2016

**2.6 Hipotesis Penelitian**

Menurut La Biondo-Wood dan Haber (1994) dalam Nursalam (2011) hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah relaksasi otot progresif.
2. Ada perbedaan tingkat nyeri sebelum dan sesudah relaksasi autogenik.
3. Ada efektifitas teknik relaksasi otot progresif dan teknik relaksasi autogenik terhadap perubahan tingkat nyeri pada pasien post op seksio sesarea.