

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Seksio Sesarea

2.1.1 Definisi

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram (Winkjosastro, 2010).

Persalinan melalui seksio sesarea merupakan proses melahirkan janin melalui insisi dinding abdomen dan dinding rahim atau uterus (Gant, 2010). Kelahiran dengan seksio sesarea yaitu kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) tidak mencakup kelahiran janin melalui rongga perut pada kasus rupture uterus atau kehamilan abdomen (Leveno, 2009).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan pengertian seksio sesarea adalah proses pelahiran janin dengan insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi).

2.1.2 Indikasi seksio sesarea

Menurut Leveno (2009) lebih dari 85 % sesar dilakukan karena indikasi sebagai berikut:

a. Riwayat sesar

Jaringa parut pada uterus selama bertahun-tahun merupakan kontraindikasi persalinan karena dikhawatirkan akan terjadi ruptur uterus.

b. Distosia persalinan

Di Amerika Serikat kondisi ini merupakan indikasi tersering dilakukannya sesar primer (wanita pertama sesar tanpa riwayat sesar). Namun, analisis distosia persalinan sebagai faktor kontribusi untuk angka sesar sulit dilakukan dikarenakan sifat diagnosis yang heterogen.

c. Distres janin

Secara umum penatalaksanaan berdasarkan pemantauan elektronik denyut jantung janin (*electronic fetal monitoring, EFM*) menyebabkan peningkatan angka sesar dengan indikasi DJJ yang tidak meyakinkan atau distress janin.

d. Presentasi bokong

Janin dengan presentasi bokong berisiko mengalami prolaps tali pusat dan terjepitnya kepala lebih besar. Sehingga, presentasi bokong sering menjadi indikasi sesar.

Indikasi seksio sesarea menurut Winkjosastro (2010) diantaranya yaitu:

a. Indikasi ibu

1) Panggul sempit absolut

- 2) Obstruksi jalan lahir yang diakibatkan karena adanya tumor pada jalan lahir
- 3) Stenosis serviks atau vagina
- 4) Plasenta previa
- 5) Disproporsi sefalopelvik
- 6) Mempunyai bakat ruptur uteri

b. Indikasi janin

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Terjadi gawat janin

pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan pada:

- a) Janin mati
- b) Syok dan anemia berat yang belum teratasi
- c) Kelainan kongenital berat (monster)

2.1.3 Jenis seksio sesarea

Menurut Winkjosastro (2010) jenis seksio sesarea yaitu:

a. Seksio sesarea klasik

1) Indikasi seksio sesarea klasik

- a) Apabila kandung kencing susah dipisahkan untuk mencapai segmen bawah rahim, misalnya karena adanya perlekatan karena pembedahan seksio sesarea yang lalu, atau adanya tumor di daerah segmen bawah rahim.
- b) Janin dalam letak lintang dan berukuran besar

- c) Plasenta previa dengan insersi plasenta di dinding depan segmen bawah rahim
- b. Seksio sesarea transperitoneal profunda (*supra cervikalis = lower segmen caesarea section*)
- c. Seksio sesarea diikuti dengan histerektomi (*caesarean hysterectomy = seksio histerektomi*)
- d. Seksio sesarea ekstraperitoneal
- e. Seksio sesarea vaginal

2.1.4 Jenis sayatan pada operasi seksio sesarea

Insisi-insisi yang paling sering dilakukan pada pembedahan seksio sesarea berdasarkan lokasi menurut Leveno (2009) adalah sebagai berikut:

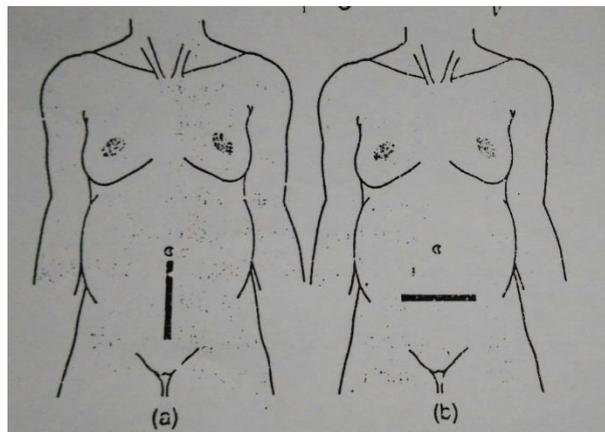
a. Insisi Abdominal

1) Insisi garis tengah sub umbilikal

yang tercepat dilakukan adalah insisi kulit vertical di garis tengah abdomen infraumbilikus. Insisi ini termasuk jenis yang mudah dan cepat. Akses cukup mudah dengan perdarahan yang minimal. Insisi harus cukup panjang agar janin dapat dilahirkan tanpa kesulitan. Berguna jika akses ke segmen bawah kulit, seperti bila ada kifosklerosis berat atau fibroid segmen bawah anterior. Walaupun, bekas luka tidak terlihat, terdapat banyak ketidaknyamanan pasca operasi dan luka jahitan lebih cenderung muncul dibandingkan dengan insisi transversal. Jika diperluasan ke atas menuju abdomen memungkinkan, insisi pramedian kanan dapat dilakukan.

2) Insisi transversal (Pfannenstiel)

Kulit dan jaringan subkutis insisi menggunakan insisi transversal bawah berbentuk sedikit kulvilinier. Secara kosmetik insisi ini cukup memuaskan, lebih sedikit menimbulkan luka jahitan dan lebih sedikit ketidaknyamanan yang dirasakan, memungkinkan mobilitas pasca operasi 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 Abdominal Seksio Saesarea (a) Insisi garis tengah subumbilikal, (b) Insisi Transversal (Leveno, 2009)

b. Insisi Uterus

1) Seksio sesarea segmen bawah

Insisi transversa ditempatkan di segmen bawah uterus gravid dibelakang peritoneum utero-vesikel.

Keuntungan meliputi:

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

Kerugian meliputi:

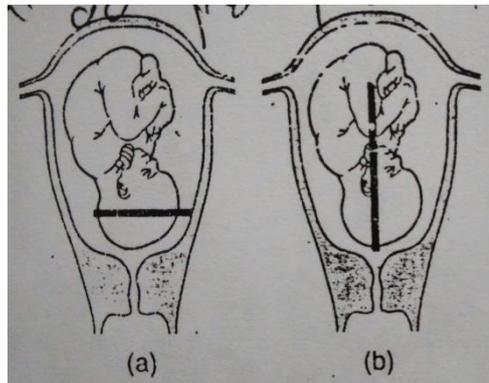
- a) Akses mungkin terbatas.
 - b) Lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih meningkatkan resiko kerusakan khususnya pada prosedur pengulangan.
 - c) Perluasan ke sudut lateral atau dibelakang kandung kemih dapat meningkatkan kehilangan darah.
- 2) Seksio sesarea klasik

Insisi ini ditempatkan secara vertikal di garis tengah uterus.

Indikasi penggunaannya meliputi :

- a) Gestasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah.
- b) Jika akses ke segmen bawah terhalang oleh perlekatan fibroid uterus.
- c) Jika janin terimpaksi pada posisi transversa.
- d) Pada keadaan segmen bawah vaskular karena plasenta previa anterior.

- e) Jika ada karsinoma serviks
- f) Jika kecepatan sangat penting, contohnya setelah kematian ibu.



Gambar 2.2 Arah Sayatan Uterus Seksio Sesarea (a) Insisi segmen bawah, (b) Insisi Klasik (Leveno, 2009).

2.1.5 Komplikasi pasca operasi

Morbiditas ibu meningkat drastis pada persalinan sesar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Penyebab utamanya yaitu perdarahan endometritis, infeksi saluran kemih, dan tromboembolisme, infeksi panggul dan infeksi luka operasi meningkat dan dapat menyebabkan fasiitis nekrotikans walaupun jarang (Leveno, 2009).

2.1.6 Asuhan pra operasi

- 1) Pemeriksaan pra operasi
 - a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik
 - b) Menilai sistem kardiovaskuler dan respirasi pasien
 - c) Pemeriksaan penunjang
 - d) Konsultasi dengan ahli anastesi untuk mendiskusikan persiapan yang akan dilakukan

- 2) *Informed consent*
- 3) Pencegahan infeksi
 - a) Pemberian antibiotik profilaksis
 - b) Suplementasi oksigen
 - c) Menjaga suhu tubuh pasien
 - d) Memperbaiki gizi
- 4) Persiapan kulit
- 5) Persiapan kandung kencing dan ureter

2.1.7 Asuhan post operasi

a. Ruang pemulihan

- 1) Memantau dengan cermat perdarahan dari vagina
- 2) Palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat.
- 3) Pemberian cairan intravena

Prosedur pemberian cairan intravena:

- a) Siapkan larutan Ringer Laktat atau larutan kristaloid sejenis, ditambah dekstrosa 5%.
- b) Biasanya pasien mendapat 1 sampai 2 liter infus cairan elektrolit tersebut selama dan beberapa saat sesudah operasi.
- c) Selama operasi dan berada di ruang pemulihan, tekanan darah dan jumlah urin dipantau dengan cermat untuk memastikan bahwa perfusi ke organ vital baik.

b. Ruang perawatan

1) Monitor tanda-tanda vital

Setelah pulih dari anestesi, melanjutkan observasi setiap setengah jam selama 2 jam pertama dan tiap jam selama minimal 4 jam setelah hasilnya stabil. Tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu tekanan darah, nadi, jumlah urin, jumlah perdarahan, status fundus uteri, dan suhu tubuh.

2) Pemberian analgesik

Untuk pasien dengan berat rata-rata, dapat diberikan maksimal setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri:

Meperidin 75-100 mg intramuskuler atau Morfin Sulfat 10-15 mg intramuskuler. Untuk pasien yang menggunakan opioid, harus diperiksa rutin tiap jam untuk memantau respirasi, sedasi dan skor nyeri selama pemberian dan minimal 2 jam setelah penghentian pengobatan. Pemberian opioid dapat diberikan hingga nyeri berkurang, jika tidak ada kontra indikasi NSAID dapat diberikan untuk mengurangi kebutuhan opioid.

3) Terapi cairan dan makanan

Ibu tanpa komplikasi dan tidak menderita penyakit apa-apa diperbolehkan makan dan minum jika menginginkannya.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Setelah anestesi regional, lepaskan kateter setelah pasien sudah dapat bergerak

5) Ambulasi

6) Perawatan luka

Ganti penutup luka setelah 24 jam, jaga agar luka tetap bersih dan kering.

7) Pemeriksaan laboratorium

Hematokrit diukur secara rutin pada pagi hari setelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila pasien kehilangan banyak darah selama operasi atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan *hypovolemia*.

8) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi seksio sesarea.

9) Pencegahan infeksi pasca operasi

Bagi pasien inpartu atau dengan rupture selaput ketuban, sebagian dokter menganjurkan pemberian dosis 2 g dosis tunggal, ampisilin, sefalosporin, atau penisilin spectrum luas setelah janin lahir. Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi pada sekitar 20 persen wanita walaupun mereka telah diberi antibiotik profilaksis.

c. Keluar rumah sakit

Lama perawatan pasca operasi seksio sesarea di rumah sakit rata-rata adalah 3-4 hari, lebih lama dibandingkan dengan pasca kelahiran pervaginam (1-2 hari). Namun, jika pasien telah dianggap pulih tanpa demam dan tidak memiliki komplikasi, pasien dapat pulang lebih dini.

- 1) Diskusikan perawatan dan manajemen pasca operasi
- 2) Resepkan analgesik bila diperlukan
- 3) Pantau penyembuhan luka
- 4) Beritahu pasien bahwa pasien dapat melakukan aktivitas biasa ketika rasa sakit tidak lagi muncul
- 5) Waspada terhadap:
 - a) *Endometritis* apabila ada perdarahan vagina yang banyak
 - b) *Tromboembolisme* apabila ada batuk-batuk dan sesak tiba-tiba
 - c) Infeksi dan trauma saluran kemih apabila ada gejala-gejala *urinarius*

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan juga pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan aktual dan potensial kerusakan jaringan. Nyeri juga didefinisikan sebagai persepsi sensori yang berasal dari rangsangan psikis atau fisik dan lingkungan yang diinterpretasikan oleh otak sehingga menimbulkan reaksi terhadap rangsangan tersebut (Atoilah, 2013).

Nyeri merupakan suatu perasaan yang tidak nyaman dan bersifat subyektif, dan hanya orang yang mengalaminya yang bisa menjelaskan dan mengevaluasi perasaan nyeri tersebut. Secara umum nyeri dapat

didefinisikan sebagai suatu perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Widianti, 2011).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan.

2.2.2 Penyebab Nyeri

Menurut Atoilah (2013) penyebab nyeri antara lain:

a. Trauma

- 1) Trauma mekanik, berupa benturan gesekan, luka dan lain-lain akan merangsang nyeri akibat reseptor nyeri mengalami kerusakan.
- 2) Trauma termik seperti panas api, air atau dingin yang berlebihan sehingga akan merangsang reseptor nyeri
- 3) Trauma kimia yaitu seperti tersentuh asam atau basa kuat
- 4) Trauma elektrik yaitu seperti terkena aliran listrik yang kuat sehingga akan merangsang reseptor nyeri akibat kejang otot atau kerusakan reseptor nyeri.

b. Neoplasma

- 1) Neoplasma jinak akan mengakibatkan terjadinya penekanan pada ujung saraf reseptor nyeri
- 2) Neoplasma ganas akan merusak jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan akibat tarikan, jepitan atau metastase dari kangker

- c. Peradangan seperti abses, *pleuritic* yang dapat menimbulkan kerusakan saraf reseptor nyeri akibat penekanan yang terjadi akibat pembengkakan jaringan.
- d. Gangguan sirkulasi darah dan pembuluh darah
- e. Trauma psikologis

Menurut Hidayat (2014) seseorang dapat menoleransi nyeri, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri diantaranya sebagai berikut:

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena terjadinya kerusakan jaringan dan juga iritasi secara langsung pada reseptor nyeri.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh karena pembengkakan sehingga menekan reseptor nyeri
- 3) Tumor, dapat menekan reseptor nyeri
- 4) Iskemia pada jaringan, terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri karena penumpukan asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

- a. Menurut tempatnya

- 1) Peripheral pain

Superfisial pain yaitu nyeri yang dirasakan pada permukaan tubuh yaitu pada mukosa atau kulit

Deep pain yaitu nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh dalam (*viscera*)

Refferd pain (nyeri alihan) yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena bagian daerah lain yang jauh dari asal nyeri

2) *Central pain*

Nyeri ini terjadi akibat perangsangan susunan saraf pusat yaitu medulla spinalis, batang otak dan thalamus

3) *Psycogenik pain* yaitu nyeri yang dirasakan tanpa penyebab organic tetapi akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Asmadi, 2008).

b. Menurut sifatnya

1) *Incidental pain*: nyeri yang timbul sewaktu-waktu kemudian menghilang

2) *Steady pain*: nyeri timbul menetap dan dirasakan dalam waktu yang lama misalnya abses, *ulcus ventricus*

3) *Paroxysmal pain* : nyeri dirasakan berintensitas tinggi sekali dan biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang dan bisa timbul lagi (Atoilah, 2013).

c. Menurut berat ringannya

1) Nyeri ringan : nyeri dalam intensitas rendah

2) Nyeri sedang : nyeri yang menimbulkan reaksi

3) Nyeri berat : nyeri dengan intensitas tinggi (Asmadi, 2008).

d. Berdasarkan durasinya

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi setelah cedera akut penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, intensitas nyeri akut bermacam-macam dari ringan sampai berat dan berlangsung dalam waktu singkat. Nyeri akut berlangsung selama beberapa detik sampai 6 bulan. Nyeri akut berfungsi untuk memberi peringatan akan suatu penyakit yang akan datang atau cedera. Nyeri akut akan berhenti sendiri (*self-limiting*) dan akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang terjadi kerusakan telah pulih. Nyeri akut dengan durasi kurang dari 6 bulan atau singkat, memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri akut biasanya disebabkan akibat trauma bedah atau inflamasi. Nyeri akut yang biasanya dirasakan oleh kebanyakan orang seperti sakit kepala, sakit gigi, tertusuk duri, terbakar, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan lain-lain.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri intermiten atau konstan sepanjang suatu periode waktu dan biasanya berlangsung lama, intensitas bervariasi, dan dapat berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik biasanya sulit diobati karena nyeri ini tidak memberi respon terhadap pengobatan yang mengarah pada penyebabnya. Nyeri ini dibagi menjadi dua yaitu nyeri kronik nonmalignant dan

malignan. Nyeri kronis nonmalignant yaitu nyeri yang dapat timbul karena cedera jaringan yang tidak progresif atau yang menyembuh, timbul tanpa adanya penyebab yang jelas seperti nyeri pinggang bawah, nyeri didasari suatu kondisi yang kronis, misalnya *osteoarthritis*. Nyeri kronik malignan disebut juga nyeri kanker. Penyebab nyeri malignan dapat diidentifikasi, yaitu akibat dari perubahan yang terjadi pada saraf karena penekanan pada saraf yang disebabkan metastasis sel-sel kanker maupun pengaruh oleh zat kimia yang telah dihasilkan oleh kanker itu sendiri (Andarmoyo, 2013).

2.2.4 Respon Terhadap Nyeri

Respon seseorang atau individu terhadap rasa nyeri sangat bervariasi sesuai dengan tingkat kecemasan. Respon fisiologis biasanya terantung pada kekuatan dan durasi nyeri. Misalnya nyeri akut, respon biasanya timbul segera dan merangsang saraf simpatis yang manifestasinya berupa:

- a. Peningkatan denyut nadi
- b. Peningkatan pernafasan
- c. Peningkatan tekanan darah
- d. Pucat
- e. Berkeringat
- f. Dilatasi pupil

Sedangkan nyeri kronis akan merangsang aktivitas saraf simpatis dengan manifestasi:

- a. Penurunan tekanan darah
- b. Penurunan denyut nadi
- c. Konstriksi pupil
- d. Kulit kering
- e. Panas

Respon perilaku yang biasanya terjadi pada orang yang merasakan nyeri adalah ekspresi wajah mengatup geraham, menggigit bibir, meringis, apasia, bingung dan disorientasi.

2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri terhadap nyeri yang dirasakan suatu individu. Sebagai tenaga kesehatan perlu memahami faktor-faktor tersebut agar tenaga kesehatan dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan dalam merawat klien yang mengalami nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain:

- a. Usia

Anak kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri yang dirasakan dan prosedur dari tenaga kesehatan yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak belum bisa mengucapkan kata-kata untuk mengungkapkan rasa nyeri secara verbal dan tidak dapat mengekspresikan nyeri kepada orangtua maupun tenaga kesehatan. Beberapa anak tidak mau mengungkapkan nyeri yang dirasakannya karena mereka takut akan tindakan perawatan yang harus mereka terima nantinya.

Tenaga kesehatan harus melakukan pengkajian nyeri secara rinci pada pasien lansia yang sedang mengalami nyeri. Pada lansia biasanya mempunyai sumber nyeri yang lebih dari satu. Beberapa lansia biasanya pasrah terhadap apa yang sedang mereka rasakan. Lansia cenderung mengabaikan dan menahan rasa nyeri berat yang dirasakan dalam waktu yang lama sebelum melaporkan atau mencari perawatan kesehatan. Pada lansia yang lainnya tidak mencari perawatan karena takut nyeri tersebut menandakan adanya penyakit yang serius atau takut kehilangan control (Maryunani, 2017).

b. Jenis kelamin

Secara umum, laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara bermakna dalam respon terhadap rasa nyeri. Diragukan bahwa apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan faktor dalam mengekspresikan rasa nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam menilai nyeri (misal: menganggap bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak diperbolehkan menangis, sedangkan anak perempuan diperbolehkan menangis dalam situasi yang sama) (Andarmoyo, 2013).

c. Kebudayaan

Nilai dan keyakinan dalam suatu kebudayaan dapat mempengaruhi cara individu dalam mengatasi nyeri. Seorang individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima dalam kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana individu dalam bereaksi terhadap rasa nyeri. Budaya dan etnisitas mempengaruhi bagaimana

seorang individu dalam merespon nyeri. Sejak dini seorang individu belajar dari sekitar mereka tentang respon nyeri yang bagaimanakah yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Misalnya: anak dapat belajar bahwa rasa nyeri akibat cedera dalam olahraga tidak terlalu menyakitkan dibandingkan dengan rasa nyeri akibat cedera dalam kecelakaan motor. Sedangkan yang lain mengajarkan anak stimuli apa yang diperkirakan dapat menimbulkan nyeri dan respon perilaku apa yang diterima.

Mengenali nilai-nilai budaya yang dimiliki individu dan memahami mengapa nilai ini berbeda dengan nilai budaya yang lain membantu untuk menghindari melakukan evaluasi perilaku klien berdasar pada harapan dan nilai budaya individu. Sama penting untuk menghindari menyamaratakan pasien sesuai budaya. Tenaga kesehatan yang telah mengetahui perbedaan budaya akan memahami lebih besar tentang nyeri pasien dan lebih akurat dalam pengkajian nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri dan efektif dalam menghilangkan nyeri (Maryunani, 2017).

d. Makna nyeri

Makna yang dikaitkan dengan rasa nyeri seseorang mempengaruhi pengalaman suatu individu terhadap nyeri dan cara individu dalam beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini dikaitkan dengan latar belakang budaya seseorang tersebut. Seseorang akan menilai nyeri dengan berbeda, apabila nyeri tersebut berkesan ancaman, suatu kehilangan,

hukuman, dan tantangan. Contoh: seorang ibu yang sedang melahirkan akan mempersepsikan nyeri berbeda dengan perempuan yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri akan dipersepsikan berdasarkan makna nyeri (Muabarak, 2008).

e. Perhatian

Persepsi nyeri seseorang dapat dipengaruhi oleh tingkat focus perhatian seseorang pada nyeri yang dirasakan. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan rasa nyeri yang meningkat. Sedangkan dengan upaya pengalihan atau distraksi dihubungkan dengan penurunan respon nyeri (Andarmoyo, 2013).

f. Ansietas

Hubungan antara rasa nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Persepsi nyeri seringkali dapat meningkat karena ansietas, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Menurut Paice (1991) dalam Andarmoyo (2013), suatu bukti bahwa stimulus nyeri dapat mengaktifkan bagian sistem limbic yang mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbic bisa memprotes reaksi emosi terhadap rasa nyeri, yaitu memperburuk atau menghilangkan nyeri.

g. Keletihan

Rasa lelah yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Kelelahan yang dirasakan seseorang dapat membuat sensasi nyeri

semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Nyeri dapat terasa lebih berat apabila seseorang kelelahan disertai kesulitan tidur. Rasa nyeri akan berkurang ketika seseorang mengalami periode tidur yang lelap (Maryunani, 2017).

h. Pengalaman sebelumnya

Apabila seseorang sudah lama dan sering mengalami nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas dan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, ketika seseorang merasakan nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian rasa nyeri dapat dihilangkan, akan lebih mudah seseorang tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri akibatnya, seseorang tersebut akan lebih siap melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Andarmoyo, 2013).

i. Gaya koping

Rasa nyeri bisa menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian ataupun keseluruhan atau total. Seringkali seseorang menemukan bermacam-macam cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting bagi tenaga kesehatan untuk memahami sumber koping klien selama mengalami nyeri, seperti berkomunikasi dengan keluarga mendukung melakukan latihan, atau menyanyi. Hal-hal tersebut dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam membantu klien mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu (Mubarak, 2008).

j. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat dan sikap orang-orang terdekat terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri klien. seringkali seseorang yang mengalami nyeri bergantung pada keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun rasa nyeri tetap dirasakan seseorang tersebut, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan rasa takut dan kesepian. Klien akan merasa semakin tertekan karena perasaan nyeri yang dirasakan apabila tidak ada keluarga atau teman (Mubarak, 2008).

2.2.6 Upaya-upaya Dalam Mengatasi Nyeri

a. Strategi penatalaksanaan nyeri nonfarmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis adalah asuhan menurunkan respon nyeri tanpa agen farmakologi. Ada beberapa tindakan untuk mengurangi nyeri menurut Andarmoyo (2013) sebagai berikut:

1) Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi yaitu memberikan sebuah pemahaman kepada pasien mengenai nyeri yang dirasakan pasien yang bertujuan untuk memberikan informasi kepada pasien dan bertujuan untuk mencegah salah interpretasi mengenai peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan yaitu (1) kejadian, awitan dan durasi nyeri yang akan dialami; (2) kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri; (3) informasi mengenai keamanan pasien telah dipastikan; (4) penyebab nyeri; (5)

metode untuk mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat maupun pasien; (6) kenapa pasien menjalani prosedur.

2) Terapi es dan panas/kompres hangat dan dingin

Metode alternative lain untuk menurunkan nyeri yaitu terapi es dan panas. Terapi es/dingin dan panas diduga dapat bekerja dengan menstimulasi reseptor anti nyeri (*non-nisiseptor*) dalam bidang reseptor yang sama pada cedera. Pemakaian kompres panas biasanya hanya dilakukan pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian kompres panas maka pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut.

3) Stimulasi saraf elektrik transkutan/TENS

TENS merupakan alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk dapat menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS diduga dapat menurunkan sensasi nyeri dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri dalam area yang sama seperti serabut yang mentransmisikan nyeri.

4) Distraksi

Distraksi merupakan teknik memfokuskan perhatian klien pada sesuatu selain nyeri. Dengan demikian diharapkan klien tidak terfokus pada nyeri lagi sehingga dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri. Distraksi diduga bisa menurunkan persepsi

nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang dapat membuat transmisi stimuli nyeri ke otak lebih sedikit. Metode ini tidak efektif apabila diberikan pada klien dengan nyeri berat atau nyeri akut.

5) Relaksasi (relaksasi nafas dalam)

Relaksasi merupakan tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress hingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Tehnik relaksasi sederhana seperti napas dalam dengan frekuensi lambat dan berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan nyaman dan perlahan. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga”). Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat-manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis.

6) Imajinasi terbimbing

Yaitu dengan menggunakan imajinasi pasien dalam suatu cara yang telah dirancang khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu konsentrasi.

7) Hipnosis

Hypnosis merupakan teknik menghasilkan sesuatu keadaan yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh seorang yang menghipnosis. Teknik ini dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Konsentrasi yang intensif dapat mengurangi ketakutan dan stress karena klien hanya berkonsentrasi hanya pada satu pikiran.

8) Akupunktur

Akupunktur merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses masuknya jarum pada titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik. Pengurangan nyeri melalui akupunktur pada umumnya digunakan berdasarkan teori pengendalian pintu. Jarum- jarumnya diperkirakan merangsang serat-serat saraf yang berdiameter besar sehingga mekanisme pintunya ditutup dan impuls-impuls rasa nyeri tidak dapat mencapai otak untuk ditafsirkan.

9) Umpan balik biologis

Blanchard dan Epstein (1978) dalam Andarmoyo (2013) mendefinisikan “umpan balik biologis sebagai sebuah proses tempat seorang belajar untuk mempengaruhi respon fisiologis yang reliabel, yang biasanya tidak berada dalam respon volunteer”. Kebanyakan alat umpan balik biologis terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah *amplifer* yang

mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian dapat mengenali tanda tersebut sebagai respon stress dan menggantikannya dengan respon relaksasi.

10) Masase

Masase yaitu melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan telaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi.

b. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesik menurut Sulistyono (2016) yaitu:

1) Analgesik non-narkotik dan obat anti inflamasi non steroid (NSAID)

NSAID umumnya dapat menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan *arthritis reumatoid*, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi dan masalah pada punggung bagian bawah

2) Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiate umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pasca operasi dan nyeri malignan. Analgesik ini bekerja pada sistem

saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

3) Obat tambahan (*adjuvant*)

Adjuvant seperti sedative, anticemas, dan relaksi otot meningkatkan control nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agen tersebut diberikan dalam bentuk tunggal satu disertai dengan analgesik. Sedative sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronis. Obat ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental.

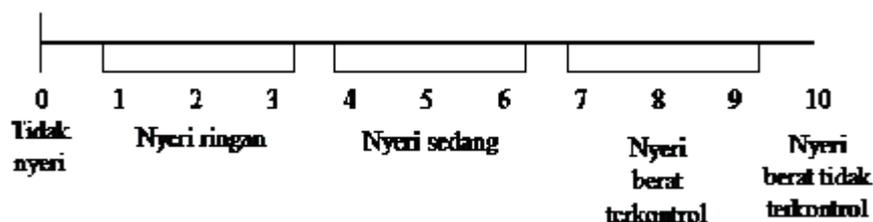
2.2.7 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh suatu individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual. Dan kemungkinan rasa nyeri dalam intensitas yang sama dapat dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut:

a. Skala deskriptif

Skala ini merupakan alat pengukur tingkat keparahan rasa nyeri yang lebih obyektif. Skala pendiskripsian verbal (*Verbal Descriptor Scale.VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama sepanjang

garis. Cara merangking dimulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan” (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.3 Verbal Description Scale (VDS) (Andarmoyo, 2013).

Tabel 2.1 Tingkatan dan Karakteristik Skala Nyeri

Karakteristik	Skala Nyeri	Keterangan
Tidak nyeri	0	Tidak ada nyeri yang dirasakan
Nyeri ringan	1-3	<ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri dirasakan namun tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan b. Dapat berkomunikasi dengan baik c. Dapat mengikuti perintah dengan baik d. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan dan dapat mendeskripsikannya
Nyeri sedang	4-6	<ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri menyebabkan kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan b. Masih dapat mengikuti perintah dengan baik c. Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikannya d. Mendesis, menyeringai
Nyeri berat terkontrol	7-9	<ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri menyebabkan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari b. Masih responsif terhadap tindakan manual c. Menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat namun tidak dapat mendeskripsikannya d. Tidak dapat mengikuti perintah

Nyeri berat tidak terkontrol	10	<ul style="list-style-type: none"> e. Klien tidak dapat diatur untuk alih posisi nafas panjang dan mengalihkan perhatian a. Tidak mampu berkomunikasi dengan baik b. Tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri c. Berteriak dan histeris d. Tidak dapat mengikuti perintah lagi e. Menarik apa saja yang tergapai
-------------------------------------	----	--

Sumber : Brunner & Suddarth, 2002.

b. Skala numerik

Skala penilaian numerik (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai rasa nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai rasa nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Andarmoyo, 2013). Nilai yang paling kecil menunjukkan tidak ada nyeri atau nyeri rendah dan semakin besar nilai maka nyeri semakin berat, sampai nilai nyeri paling berat (Atolilah, 2013).



Gambar 2.4 *Numeric Rating Scale* (Andarmoyo, 2013)

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 **0**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 (Muhlisin, 2017).

c. Skala analog visual

Skala analog visuan (VAS) merupakan suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan terdapat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Ujung kiri menandakan “tidak nyeri”, dan ujung kanan menandakan “nyeri paling berat” (Andarmoyo,2013). Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. 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 (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.6 Skala Wajah (Andarmoyo 2013).

Dalam penelitian ini peneliti mengukur skala nyeri pasien menggunakan skala *Numeric Rating Scale* karena NRS lebih efektif digunakan untuk mengkaji intensitas sebelum dan sesudah intervensi dan sangat efektif untuk pasien pembedahan, post anastesi (Novita, 2012). Peneliti mengkaji nyeri pasien dengan menggunakan karakteristik nyeri.

1. Pasien diberi pertanyaan sesuai dengan karakteristik nyeri berurutan mulai dari skala nyeri 0 sampai dengan 10.
2. Apabila pasien sudah dapat memilih satu karakteristik nyeri yang ada pada suatu kolom skala nyeri, maka pasien sudah dapat digolongkan pada skala nyeri tersebut.

Tabel 2.2 Karakteristik Nyeri

Skala Nyeri	Karakteristik Nyeri
0	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak terasa sakit <input type="checkbox"/>
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri sangat ringan seperti gigitan nyamuk <input type="checkbox"/> ▪ Sebagian waktu tidak pernah berpikir tentang rasa sakit <input type="checkbox"/> ▪ Tidak mengganggu kegiatan yang dilakukan <input type="checkbox"/>
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit <input type="checkbox"/> ▪ Dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Dapat mengikuti perintah dengan baik <input type="checkbox"/>
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri sangat terasa seperti suntikan oleh dokter <input type="checkbox"/> ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri <input type="checkbox"/> ▪ Dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Dapat mengikuti perintah dengan baik <input type="checkbox"/>
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kuat, nyeri yang dalam seperti sakit gigi <input type="checkbox"/> ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan <input type="checkbox"/> ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri <input type="checkbox"/> ▪ Dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/>
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri yang menusuk <input type="checkbox"/> ▪ Masih dapat mengikuti perintah dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendiskripsikannya <input type="checkbox"/> ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan <input type="checkbox"/>
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri yang menusuk <input type="checkbox"/> ▪ Menyebabkan tidak fokus <input type="checkbox"/> ▪ Komunikasi terganggu <input type="checkbox"/> ▪ Kegiatan yang dilakukan menjadi lambat terselesaikan <input type="checkbox"/> ▪ Mendesis atau menyeringai <input type="checkbox"/>
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasa sakit benar-benar mendominasi indra anda <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Tidak mampu melakukan perawatan diri <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari <input type="checkbox"/> ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikannya <input type="checkbox"/>
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri begitu kuat sehingga tidak lagu berpikir jernih <input type="checkbox"/> ▪ Dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat namun tidak dapat mendeskripsikannya <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat melakukan kegiatan dengan baik <input type="checkbox"/>
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri begitu kuat <input type="checkbox"/> ▪ Tidak bisa mentolerir <input type="checkbox"/> ▪ Menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya <input type="checkbox"/> ▪ Klien tidak dapat diatur untuk alih posisi napas panjang dan mengalihkan perhatian <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat melakukan kegiatan dengan baik <input type="checkbox"/>
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nyeri begitu kuat <input type="checkbox"/> ▪ Tidak sadarkan diri <input type="checkbox"/> ▪ Tidak mampu berkomunikasi dengan baik <input type="checkbox"/> ▪ Tidak mampu menunjukkan lokasi nyeri <input type="checkbox"/> ▪ Tidak dapat mengikuti perintah lagi <input type="checkbox"/>

Sumber : Brunner & Suddarth, 2002.

2.3 Konsep Nafas Dalam

2.3.1 Pengertian Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Brunner & Suddarth, 2002). Teknik relaksasi meliputi berbagai metode untuk perlambatan bawah tubuh dan pikiran. Latihan pernapasan menambah O₂ dan meningkatkan control desenden. Merupakan relaksasi yang sering digunakan dalam pengaturan

klinis klien untuk membantu mengatur stress dan reaksi untuk mencapai kesejahteraan secara keseluruhan (Setyoadi, 2011).

2.3.2 Tujuan Nafas Dalam

Brunner & Suddarth (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

Tujuan utama pemberian latihan nafas dalam yaitu agar masalah keperawatan klien terutama ketidak efektifan pola napas dapat secepatnya diatasi oleh tenaga kesehatan atau perawat (Muttaqin, 2009).

2.3.3 Indikasi nafas dalam

Menurut Setyoadi (2011) indikasi terapi relaksasi nafas dalam yaitu:

- a. Individu atau lansia yang mengalami nyeri akut ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif.
- b. Nyeri pasca operasi

2.3.4 Kontraindikasi nafas dalam

Kontra indikasi nafas dalam menurut Setyoadi (2011) yaitu relaksasi nafas dalam tidak diperbolehkan diberikan kepada individu yang mengalami sesak nafas akut, asma atau memiliki riwayat masalah pernapasan.

2.3.5 Manfaat nafas dalam

1. Meningkatkan inflasi alveolar maksimal
2. Meningkatkan relaksasi otot

3. Menghilangkan ansietas
4. Mengurangi rasa nyeri
5. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan yang biasanya menyertai nyeri
6. Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri
7. Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi, 2011).
8. Meningkatkan kemampuan konsentrasi

2.3.6 Pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphin. Ketika seseorang melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan maka tubuh akan menurunkan aktifitas saraf simpatis dan akan merangsang peningkatan komponen saraf parasimpatis secara simultan, sehingga terjadi penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang dapat mempengaruhi tingkat stress dan kecemasan seseorang melalui respon rileks, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Brunner & Suddarth, 2002). Periode relaksasi yang teratur dapat membantu mengatasi kelelahan dan ketegangan otot yang dapat meningkatkan nyeri. Tehnik relaksasi yang baik dan benar dapat memberikan efek penurunan tekanan darah, penurunan konsumsi oksigen, penurunan ketegangan otot dan penurunan kecepatan metabolisme (Andamoyo, 2013).

Pernapasan dengan memperpanjang ekspirasi dapat memperbaiki transport oksigen, membantu untuk menginduksi pola napas lambat dan dalam, dan membantu pasien untuk mengontrol pernapasan, bahkan selama periode stress fisik. Tujuannya yaitu untuk melatih otot-otot ekspirasi untuk memperpanjang ekshalasi dan meningkatkan tekanan jalan napas selama ekspirasi, dengan demikian mengurangi jumlah udara yang terjebak dan jumlah tahanan jalan napas. Pasien di instruksikan untuk menghirup napas 3 hitungan dan menghembuskan napas dengan lambat dan rata melalui mulut hingga 7 hitungan sambil memperpanjang ekspirasi (Brunner & Suddarth, 2002).

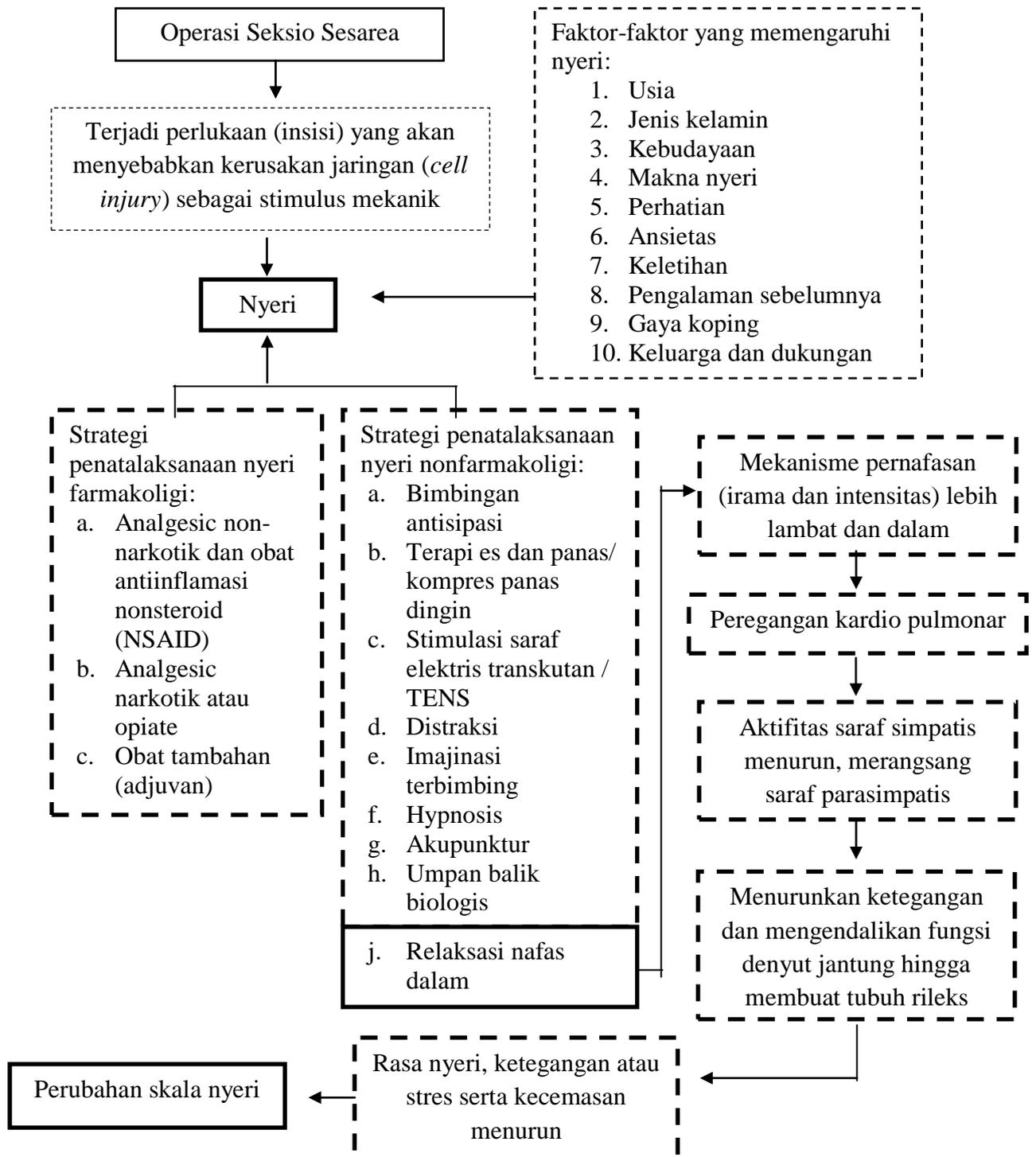
2.3.7 Prosedur

Sebelum melaksanakan prosedur relaksasi napas dalam, atur posisi klien nyaman mungkin pastikan dengan lingkungan yang tenang. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi napas dalam yaitu sebagai berikut:

1. Mencuci tangan
2. Kontrak waktu dan menjelaskan tujuan dan alasan tindakan
3. Memberi instruksi kepada pasien dengan memberi contoh
4. Menganjurkan pasien untuk Tarik napas pelan-pelan melalui hidung
bidan menghitung 1-3.
5. Menganjurkan pasien mengeluarkan napas dengan lambat melalui mulut dengan bibir mencucu/memoncongkan bibir bidan menghitung 1-

6. Mengamati perkembangan nyeri pasien
7. Memperbaiki teknik bernapas pada napas dalam
8. Mengulangi prosedur sampai 10 kali
9. Melakukan pencatatan:
 - a. Jam pelaksanaan
 - b. Kemampuan pasien
 - c. Reaksi pasien
10. Mencuci tangan

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.7 Kerangka Konsep

Keterangan:

 : Variabel yang diteliti

 : Variabel yang tidak diteliti

2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap masalah yang bersifat praduga karena masih harus dibuktikan kebenarannya (Sugiyono, 2011).

Dikatakan sementara Karena jawaban yang diberikan masih didasarkan pada teori. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H1 : ada pengaruh nafas dalam terhadap nyeri pada pasien post *sectio caesarea*.