

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tekanan Darah

a. Definisi

Tekanan darah adalah kemampuan yang dihasilkan oleh darah terhadap setiap satuan luas dinding pembuluh (Guyton, 2016). Perubahan tekanan darah terjadi karena darah mengalir ke seluruh sistem peredaran darah. Tekanan darah arteri dalam tubuh merupakan indikator kesehatan jantung yang baik. Kontraksi pada jantung memaksa darah dibawah tekanan darah tinggi masuk ke aorta. Puncak maksimum tekanan saat jantung memompa untuk mengeluarkan darah merupakan tekanan sistolik. Ketika ventrikel rileks, darah yang tersisa di arteri memberikan tekanan minimum yaitu tekanan diastolik (Gangadharan *et al.*, 2017).

b. Fisiologi Tekanan Darah

Curah Jantung atau *cardiac output* mempengaruhi tekanan darah. Ketika volume meningkat di ruang tertutup seperti pembuluh darah, maka tekanan di pembuluh darah juga meningkat. Dengan demikian, saat curah jantung meningkat, lebih banyak darah dipompa ke dinding arteri, menyebabkan tekanan darah meningkat. *Output* jantung meningkat sebagai akibat dari peningkatan tekanan darah, kontraktilitas otot jantung yang lebih besar, atau peningkatan volume

darah. Perubahan tekanan darah terjadi lebih cepat daripada perubahan kontraktilitas otot jantung atau volume darah. Peningkatan tekanan darah yang cepat atau signifikan mengurangi waktu pengisian jantung mengakibatkan tekanan darah menurun (Gangadharan *et al.*, 2017).

Tekanan darah tergantung pada resistensi vaskular perifer. Darah beredar melalui jaringan arteri, arteriol, kapiler, venula, dan vena. Arteri dan arteriol dikelilingi oleh otot polos yang berkontraksi atau mengendur untuk mengubah ukuran lumen. Ukuran arteri dan arteriol berubah untuk menyesuaikan aliran darah dengan kebutuhan jaringan lokal. Misalnya, saat organ utama membutuhkan lebih banyak darah, arteri perifer mengerut, menurunkan suplai darahnya. Lebih banyak darah tersedia untuk organ utama karena perubahan resistensi di perifer. Biasanya arteri dan arteriol sebagian tetap terbatas untuk mempertahankan aliran darah yang konstan. Resistensi vaskular perifer adalah resistansi terhadap aliran darah yang ditentukan oleh tonus otot vaskular dan diameter pembuluh darah. Semakin kecil lumen kapal, yang lebih besar adalah resistensi pembuluh darah perifer terhadap aliran darah. Saat resistensi meningkat, tekanan arteri meningkat. Saat pembuluh melebar dan resistensi turun, tekanan darah turun (Gangadharan *et al.*, 2017)

Volume darah yang bersirkulasi dalam sistem vaskular memengaruhi tekanan darah. Kebanyakan orang dewasa memiliki volume darah sirkulasi 5000 mL. Biasanya volume darah tetap

konstan. Namun, peningkatan volume memberikan lebih banyak tekanan pada dinding arteri. Misalnya, infus cairan IV yang cepat dan tidak terkontrol meningkatkan tekanan darah. Ketika volume darah yang bersirkulasi turun, seperti dalam kasus perdarahan atau dehidrasi, tekanan darah turun (Gangadharan *et al.*, 2017)

Kekentalan atau viskositas darah yang semakin besar maka aliran dalam pembuluh semakin kecil jika seluruh faktor lain bersifat konstan. Kekentalan darah diakibatkan sejumlah besar sel darah merah yang tersuspensi dalam darah, masing-masing faktor ini menimbulkan gesekan antara sel-sel yang berdekatan dan terhadap dinding pembuluh darah (Mokoko, 2019).

c. Klasifikasi

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal- Tinggi	130-139	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	100-109
Hipertensi Derajat 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	≥ 140	< 90

Sumber: *ESC/ESH Hypertension Guidelines* (2018).

d. Faktor yang Mempengaruhi Tekanan Darah

Tekanan darah dalam arteri sistemik harus dipertahankan untuk memastikan darah yang memadai mengalir ke jaringan. Menurut Peate (2016) yang mempengaruhi tekanan darah yaitu *baroreceptors* terletak

di lengkungan aorta dan sinus karotis, yang sensitif terhadap perubahan tekanan dalam pembuluh darah. Ketika tekanan darah meningkat, sinyal dikirim ke *cardio-regulatory centre (CRC)* di *brainstem (medulla oblongata)*. CRC meningkatkan aktivitas parasimpatis ke jantung, mengurangi detak jantung dan menghambat aktivitas simpatik untuk pembuluh darah, menyebabkan vasodilatasi. Ini mengurangi tekanan darah. Di sisi lain, jika tekanan darah turun, CRC meningkatkan aktivitas simpatik ke jantung dan darah sehingga meningkatkan denyut jantung dan vasokonstriksi, mengakibatkan peningkatan tekanan darah.

Kemudian *chemoreceptors* yang terletak di badan karotis dan aortika membantu mengatur tekanan darah dengan mendeteksi perubahan kadar oksigen, karbon dioksida dan ion hidrogen. Perubahan dalam kadar karbon dioksida, ion oksigen dan hidrogen dapat mempengaruhi jantung dan tingkat pernapasan. Sirkulasi hormon, seperti hormon peptida natriurtik dan antidiuretic membantu mengatur volume darah yang beredar, sehingga mempengaruhi tekanan darah. Sistem renin–angiotensin membantu menjaga tekanan darah meskipun aksinya vasokonstriksi. Hipotalamus menanggapi rangsangan seperti emosi, rasa sakit dan kemarahan dan merangsang aktivitas saraf simpatik, mempengaruhi tekanan darah (Peate, 2016)

e. Pengukuran Tekanan darah

Tekanan darah dapat diukur di klinik maupun diluar klinik. Pengukuran tekanan darah harus dilakukakn dengan hati-hati dengan menggunakan alat ukur yang sudah tervalidasi. Adapaun yang harus dilakukan dalam mengukur tekanan darah menurut INASH (*Indonesian Society of Hypertension*) tahun 2019 meliputi persiapan pasien, *spigmomanometer*, posisi, prosedur dan catatan (Lukito& Harmeiwaty, 2019). Prosedur pengukuran darah yaitu:

- a. Meletakkan *spigmomanometer*, skala sejajar dengan mata pemeriksa, dan tidak dapat dilihat oleh pasien.
- b. Menggunakan ukuran manset yang sesuai.
- c. Memasang manset disekitar 2,5 cm di atas *fossa antecubital*.
- d. Menghindari pemasangan manset di atas pakaian.
- e. Meletakkan bagian bell stetoskop di atas arteri brakialis yang terletak tepat di batas bawah manset. Bagian diafragma stetoskop juga dapat digunakan untuk mengukur tekanan darah sebagai alternatif bell stetoskop.
- f. Memompa manset sampai 180 mmHg atau 30 mmmHg setelah suara nadi menghilang. Lepaskan udara dari manset dengan kecepatan sedang (3mmHg/detik). Pengukuran tekanan darah 3 kali dengan selang waktu 1-2 menit. Lakukan pengukuran tambahan bila hasil pengukuran pertama dan kedua berbeda >10

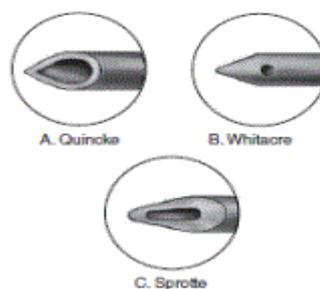
mmHg. Catat rerata tekanan darah, minimal dua dari hasil pengukuran terakhir.

2. Definisi Anestesi

Anestesi regional adalah penggunaan anestesi yang mengurangi sensasi di bagian tubuh tertentu. Dengan mematikan rasa di area operatif, anestesi regional memungkinkan pasien menjalankan operasi atau prosedur lainnya dalam keadaan sadar. Komplikasi pada sistem pernapasan yang berhubungan dengan penggunaan anestesi umum, sering kali tidak ditemukan pada penggunaan anestesi regional, karena tidak membutuhkan ventilasi mekanik. Manfaat lain dari anestesi regional adalah pasien dapat beralih ke perawatan lanjutan lebih cepat dan lebih efisien, karena pasien dapat mengatur pernapasannya sendiri (Pincus, 2019)

3. Anestesi Spinal

a. Jarum Anestesi Spinal



Gambar 1. Macam-Macam Jarum Anestesi
Sumber : Butterworth John F, Mackey dan Wasnick, (2017)

Jarum anestesi spinal tersedia dalam beberapa ukuran, bevel, desain ujung jarum yang berbeda. Jarum ini harus benar benar tepat, untuk menghindari kebocoran ruang subarachnoid. Secara umum, jarum anestesi

spinal terbagi menjadi jarum yang berujung tajam dan jarum berujung tumpul. Jarum Quincke adalah jarum untuk memotong dengan injeksi diujungnya. Jarum blunt tip (seperti pensil dengan titik ditengah) mulai diperkenalkan dan mengurangi insidensi Postdural puncture headache (PDPH). Jarum tumpul Whitacre mempunyai injeksi di bagian samping. Jarum Sprotte adalah jarum dengan injeksi dibagian samping, dan mempunyai mulut jarum yang lebih panjang. Jarum ini mempunyai keunggulan aliran CSF (Cerebrospinal fluid) yang lebih kuat dibandingkan jarum lain. Namun jarum ini dapat mengakibatkan kegagalan dalam memblok, jika pembukaan subarachnoid dari distal (dengan aliran bebas CSF) dan bagian proximal tidak melewati dura dan dosis anestesiya menjadi tidak sampai. (Butterworth John F, Mackey dan Wasnick, 2017)

b. Teknik Anestesi Spinal

Secara umum teknik dari anestesi spinal dapat diklasifikasikan menjadi beberapa urutan langkah-langkah: Persiapan, posisi, proyeksi, dan puncture (menusuk).

1) Persiapan

Sebelumnya, informed consent harus disetujui terlebih dahulu oleh pasien. Harus tersedia juga peralatan resusitasi, dan pemantauan standar diperlukan. Yang paling terpenting adalah karakteristik dari jarum untuk anestesi spinal, yaitu bentuk dari ujung jarum dan diameter jarumnya. Menggunakan jarum yang lebih kecil mengurangi insidensi dari PDPH dari 40% dengan jarum ukuran 22-G, dan kurang

dari 2% dengan jarum 29-G. Walaupun begitu, angka kegagalan dengan jarum 29-G meningkat. Jadi, jarum dengan ujung yang tumpul dari ukuran 25-G, 26-G dan 27-G adalah pilihan yang optimal (Whitlock dan Pardo Jr., 2018). Teknik dari aseptis, juga sangat penting.

Salah satu organisme penyebab dari *post-spinal bacterial meningitis* adalah *Streptococcus viridans*. Kombinasi dari chlorhexidine dan alcohol, adalah bahan efektif untuk melakukan aseptis (Whitlock dan Pardo Jr., 2018). Pada *consensus guideline* yang terbaru menyatakan bahwa blok neuraxial harus dilakukan dengan keadaan pasien yang sadar (Whitlock dan Pardo Jr., 2018).

2) Posisi

Ada dua posisi utama yang sering digunakan dalam anestesi spinal, yaitu lateral decubitus dan posisi duduk. Posisi prone sangat jarang digunakan. Posisi lateral decubitus memudahkan untuk pemberian obat sedatif jika diperlukan dan posisi ini mungkin lebih nyaman. Mengidentifikasi midline lebih mudah dilakukan jika pasien dalam posisi duduk, terutama pada pasien yang obesitas, scoliosis yang membuat anatomi tubuhnya sulit untuk terlihat (Whitlock dan Pardo Jr., 2018)

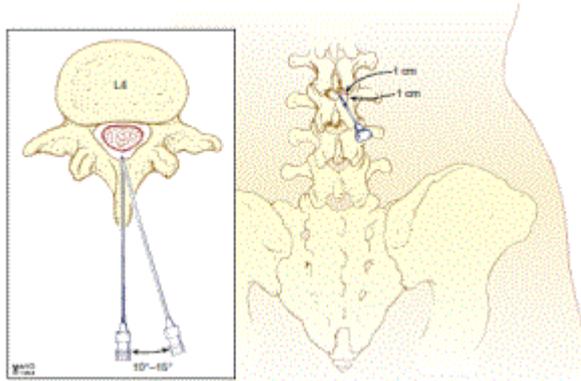
3) Proyeksi dan Puncture (Menusuk)

Saraf tulang belakang berakhir pada L1-L2, jadi insersi jarum di atas ini, harus dihindari. Intercristal line adalah garis yang

menggambarkan diantara dua krista iliaka. Tempat yang biasanya dilakukan insersi jarum adalah L3-L4, L2-L3, atau L4-L5. Setelah tempat untuk insersi telah terpilih, anestesi dilakukan dengan sudut 10-15 derajat pada kulit, jaringan subkutan, dan ligament supraspinous sampai pada ligament intraspinous. Jarum dengan bevelnya sejajar dengan garis tengah, maju perlahan sampai ada perubahan karakteristik dalam resistensi, terlihat ketika jarum melewati ligamentum flavum dan dura. *Stylet* kemudian dilepas, dan pada jarum injeksi terlihat CSF yang mengalir. Pendekatan paramedian mungkin sangat berguna dalam kalsifikasi difus ligamen interspinous.

Kulit dinaikkan 1 cm lateral dan 1 cm *caudad* untuk proses *spinous* yang sesuai. Pengantar tulang belakang dan jarum dimasukkan 10 sampai 15 derajat dari bidang sagital dalam bidang *sefalomedial*. Anatomi *vertebralis* dari garis tengah dan pendekatan paramedian terhadap blok *neuraxis* sentral. Pendekatan garis tengah yang terlihat pada gambar, membutuhkan proyeksi anatomi hanya dalam dua bidang: sagital dan horizontal.

Pendekatan paramedian yang membutuhkan bidang miring tambahan yang harus dipertimbangkan, meskipun teknik ini mungkin lebih mudah pada pasien *Lumbar lordosis*. Jarum paramedian dimasukkan 1 cm lateral dan 1 cm caudal ke tepi caudal dari proses *spinous vertebra* yang lebih *superior*. Jarum paramedian dimasukkan sekitar 15 derajat dari bidang sagittal (Whitlock dan Pardo Jr., 2018).



Gambar 2. Lokasi Injeksi Anestesi Spinal
Whitlock dan Pardo Jr., (2018).

4. *Sectio Caesarea*

a. Definisi dan Prevalensi

Istilah *sectio caesarea* berasal dari perkataan latin caedere, yang artinya memotong. Pengertian ini semula dijumpai dalam Roman Law (Lex Regia) dan Emperors Law (Lex Caesarea), yaitu undang-undang yang menghendaki supaya janin dalam kandungan ibu yang sudah meninggal, harus dikeluarkan dari Rahim (Maita dkk., 2016).

Pada tahun 1985, World Health Organization (WHO) mengusulkan bahwa tingkat persalinan *sectio caesarea* di tiap negara, antara 10% dan paling tinggi 15%. Namun ada variasi yang signifikan secara global berkaitan dengan tingkan persalinan sesar. Angka kejadian *sectio caesarea* terus meningkat dalam beberapa dekade terakhir. Presentase angka kejadian *sectio caesarea* pada tahun 2015, di Afrika sebesar 10%, di Asia sekitar 20%, di Eropa 20-30%, di Oceania dan Amerika Utara sebesar 30-40%, serta di Amerika Latin

dan Karibia sebesar >40% (Pasko, Subramaniam dan Tita, 2017; Chen dkk., 2018)

Di Indonesia sendiri, pada penelitian yang dilakukan oleh Adelia S. Ekwendi dan kawan-kawan, di RSUP Prof. dr. R. D. Kandou Manado, pada bulan Januari tahun 2014, sampai Oktober 2015, 465 pasien yang melahirkan secara *sectio caesarea*, sementara pasien yang melahirkan secara pervaginam sebanyak 461 pasien (Ekwendi, Mewengkang dan Wagey, 2018)

b. Komplikasi *sectio caesarea*

Ada beberapa komplikasi dalam *sectio caesarea*, yaitu:

1) Infeksi puerperal (nifas):

- a) Ringan; dengan kenaikan suhu beberapa hari saja,
- b) Sedang; dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung,
- c) Berat; dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum infeksi nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang pecah terlalu lama

2) Perdarahan, karena:

- a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka,
- b) Atonia uteri.
- c) Perdarahan pada placental

- d) Luka kandung kemih, emboli paru bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
- e) Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

5. Anestesi pada *Sectio Caesarea*

a. Pemilihan Jenis Anestesi

Pemilihan jenis anestesi pada *sectio caesarea* bergantung pada berbagai faktor, seperti indikasi untuk persalinan secara operatif, keadaan yang mendesak, permintaan pasien, pilihan dari dokter kandungan dan kemampuan dokter anestesi. Penggunaan anestesi regional dilakukan karena anestesi umum lebih banyak menyebabkan risiko morbiditas dan mortalitas pada ibu. Kematian pada ibu ini berkaitan dengan untuk terjadinya risiko aspirasi maternal dari isi lambung, serta kesulitan dalam manajemen jalan napas, seperti ketidakmampuan untuk melakukan intubasi, ventilasi atau aspirasi pneumonitis, serta paparan anestesi yang lebih sedikit, mempunyai keuntungan untuk membangunkan ibu, penempatan opioid neuraxial yang mengurangi rasa sakit pasca operasi (Butterworth John F, Mackey dan Wasnick, 2017; Whitlock dan Pardo Jr., 2018)

Keuntungan lain dari anestesi regional adalah (1) Pajanan obat depresan terhadap neonatal yang lebih sedikit, (2) risiko dari aspirasi paru maternal yang lebih sedikit, (3) ibu melahirkan anaknya dalam keadaan sadar, (4) penggunaan opioid spinal untuk menghilangkan

rasa sakit pascaoperasi (*Butterworth John F, Mackey dan Wasnick, 2017*)

b. Teknik Anestesi Spinal pada *Sectio Caesarea*

Pasien biasanya dalam posisi lateral decubitus atau posisi duduk, dan diinjeksikan larutan lidocaine (50-60 mg) atau buvicaine 10-15 mg). Buvicaine dipilih jika dokter yang melakukan tindakan, tidak selesai dalam 45 menit. Gunakan jarum anestesi spinal pencil point (*Whitacre, Sprotte* atau *Gertie Marx*) dengan ukuran 22-G atau lebih kecil, untuk menurunkan risiko insiden terjadinya PDPH. Berikan 10-25 mcg fentanyl atau 5-10 mcg sufentanil pada larutan anestesi lokal, akan meningkatkan intensitas blok dan memperpanjang durasi anestesi, tanpa mempengaruhi hasil dari neonatal.

Menambahkan *preservative-free morphine* (0.1-0.3 mg) dapat menambahkan efek *analgesia postoperative* lebih dari 24 jam, namun memerlukan pemantauan pernapasan pascaoperasi. Terlepas dari agen anestesi yang digunakan, variabilitas yang cukup dalam tingkat dermatomal maksimal anestesi harus diharapkan Pada pasien obesitas, jarum anestesi spinal yang standar, dengan ukuran 3.5 in (9 cm) mungkin tidak akan cukup untuk sampai pada ruang subarachnoid. Yang dibutuhkan adalah jarum anestesi spinal dengan ukuran 4.75 in (12 cm) sampai 6 in (15.2 cm).

Untuk menghindari jarum yang panjang ini menjadi bengkok, beberapa dokter anestesi lebih memilih untuk memakai jarum dengan

diameter yang lebih besar dari jarum Sprotte 22-G. Sebagai alternatifnya, jarum Quincke ukuran 2.5 in (6.3 cm) dengan 20-G dapat digunakan sebagai jarum anestesi spinal pengantar, dan jarum dengan tipe 25-G pencil point sebagai jarum pemandunya. (Butterworth John F, Mackey dan Wasnick, 2017).

6. Mobilisasi atau Pemberian Posisi Miring Kiri

Lateral position merupakan posisi miring (45°) dengan kepala menggunakan bantal, posisi bahu bawah fleksi kedepan dengan bantal dibawah lengan atas. Pada bagian punggung belakang letakkan bantal/guling serta paha dan kaki atas disupport bantal sehingga esktremitas tertumpu secara paralel dengan permukaan tempat tidur dan menstabilkan posisi pasien (Aries *et al*, 2017).

Tahap-Tahap Mobilisasi Dini yaitu:

- a. Setelah operasi 6 jam pertama ibu pasca operasi *sectio caesaria* harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang biasa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser.
- b. Setelah 6 -10 jam, ibu dianjurkan untuk dapat miring kiri dan kanan guna mencegah thrombosis dan tromboemboli.
- c. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan.

Mobilisasi posisi miring kiri adalah suatu intervensi keperawatan mandiri dengan cara memiringkan pasien kiri pada *post sectio caesaria* dengan anestesi spinal. Manfaat diberikannya posisi miring kiri antara lain: khusus wanita hamil, posisi ini juga melancarkan aliran darah ke janin lebih lancar karena posisi tidur miring kiri punya manfaat agar janin mendapatkan aliran darah dan nutrisi yang maksimal ke plasenta. Selain itu, juga dapat membantu ginjal untuk membuang sisa produk dari tubuh sang ibu sehingga mengurangi pembengkakan pada kaki, pergelangan kaki dan tangan. Manfaat dari posisi miring kiri adalah pergerakan makanan pada system pencernaan lebih mudah dan lancar, terutama pada lambung, pancreas dan usus karena tidur di sisi kiri menyebabkan lambung dan pankreas menggantung secara alami dan memiliki ruang yang memadai untuk proses pencernaan. Hal ini dapat membuat enzim pancreas bekerja secara maksimal.

Metabolisme miring kiri akan peningkatan gravitasi. Disamping itu, keutaaman dari posisi miring kiri yaitu kinerja jantung dapat berkerja dengan baik sehingga memperlancar sirkulasi darah ke seluruh tubuh dimana pada posisi tersebut dapat membantu kinerja jantung untuk memompa darah. Pengaruh gravitasi membuat kinerja jantung lebih ringan. Selain memudahkan aliran getah bening menuju jantung, sirkulasi darah ke jantung juga akan meningkat dan pengambilan pembuluh darah ke jantung akan berkurang sehingga tekanan darah juga ikut stabil (Aries. *et al.*, 2017). Pemberian posisi atau mobilisasi miring kiri dan kanan dapat

mempengaruhi hemodinamik pada tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik (Yuswandi dkk, 2020). Hal itu sejalan dengan penelitian Delima dkk (2019) bahwa pergerakan akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pasien dan tentu saja juga berpengaruh baik terhadap pemulihan fisik.

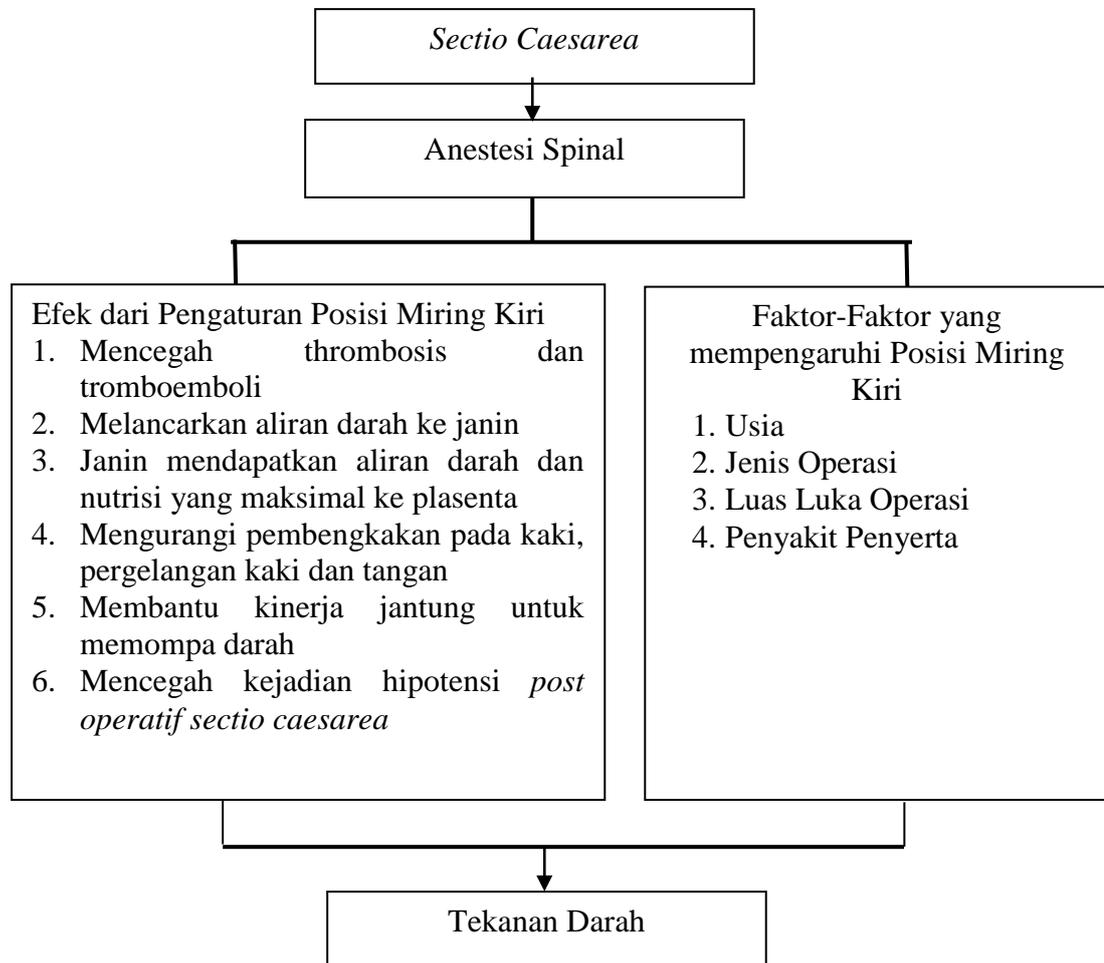
Pemberian posisi miring bertujuan untuk mengurangi derajat dekubitus yang dialami pasien. Selama observasi satu minggu tersebut, perawat hanya melakukan tindakan keperawatan seperti pengukuran tanda-tanda vital biasa, sekedar ganti balut pada luka dekubitus dan saat injeksi perawat langsung kembali ke ruang keperawatan (Umi., dkk, 2019). Preeklamsia merupakan penyebab utama kematian ibu dan salah satu komplikasi pada kehamilan. Pada kondisi ini menyebabkan janin kurang sejahtera. Dalam kondisi ini pemantauan kesejahteraan janin penting untuk dilaksanakan. Posisi miring kiri dianggap paling nyaman dan bermanfaat bagi janin karena melancarkan peredaran darah (Firmansyah, 2019)

Pemberian mobilisasi (miring kiri dan kanan) pada pasien stroke setelah adanya perlakuan intervensi menunjukkan tidak adanya tanda dan gejala dekubitus. Pencegahan terjadinya dekubitus setelah diberikan mobilisasi (miring kiri dan kanan) yang sebelumnya adanya tanda kemerahan di panggul dan setelah diberikan mobilisasi (miring kiri dan

kanan) tanda kemerahan berkurang. Disimpulkan ada pengaruh yang signifikan terhadap pemberian mobilisasi (miring kiri dan kanan) pada pasien stroke. Disarankan pada perawat agar bisa menerapkan intervensi mobilisasi (miring kiri dan kanan) untuk intervensi mandiri perawat (Almudriki, 2019)

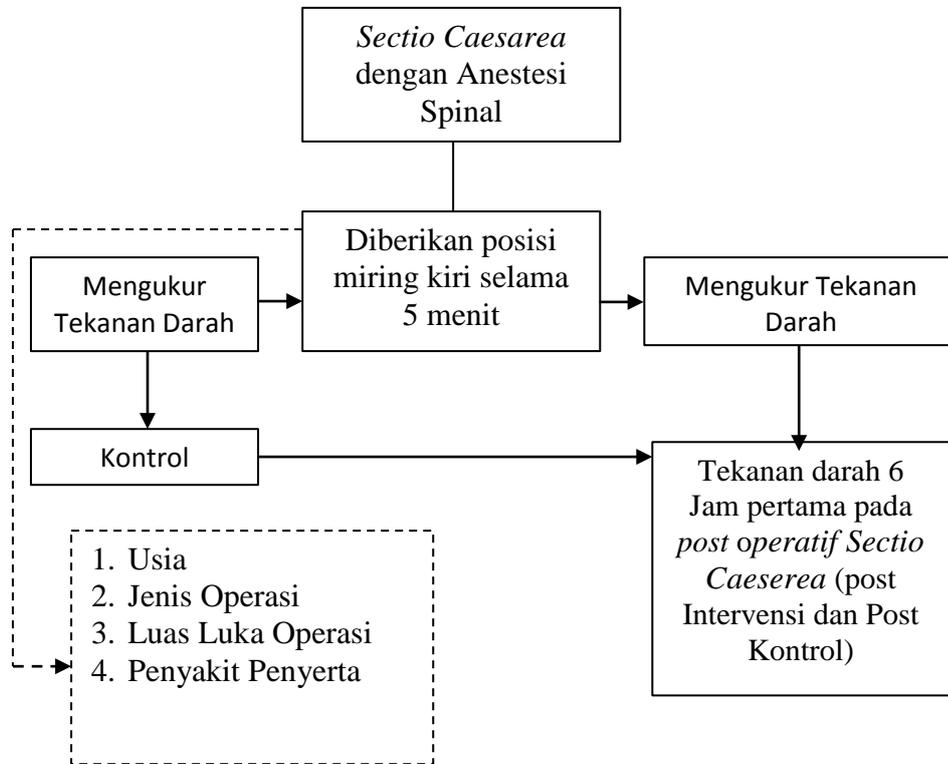
Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kardina (2016) yang menyimpulkan bahwa terdapat perubahan tekanan darah pada sistolik setelah diberikan posisi miring kiri. Lateral Position berpengaruh terhadap peningkatan MAP termasuk tekanan darah yang menunjukkan bahwa secara tidak langsung keadaan curah jantung meningkat dan bernomadik menuju kearah perbaikan sehingga dapat dijadikan acuan tindakan keperawatan dalam meningkatkan MAP pasien.

B. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori (Aries *et al*, 2017).

C. Kerangka Konsep



Keterangan:

- Diteliti

- Tidak Diteliti

Gambar 4. Kerangka Konsep

D. Hipotesis dan Pertanyaan Penelitian

Ada pengaruh posisi miring kiri terhadap tekanan darah 6 jam pertama pada post operatif *sectio caesarea* dengan anestesi spinal di ruang rawat UPT RSUD Banggai