

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Sectio caesarea* (SC)

a) Definisi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009). Menurut Mochtar (2011) *sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau vagina atau disebut juga hysterotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam (Sukowati et al, 2010).

b) Indikasi

Menurut Oxorn (2010), indikasi *sectio caesarea* terbagi menjadi :

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

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

Menurut Wiknjosastro (2007), *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menajdi 3 jenis, yaitu

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak , bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak

mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporalis*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) *Sectio caesarea* ekstrapertoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya.

d) Komplikasi

Komplikasi *sectio caesarea* menurut Jitowiyono (2010) yaitu :

1) Pada ibu

(a) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

(b) Perdarahan

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

(c) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi

(d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* secara klasik.

2) Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan

intranatal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4-7 %.

2. Spinal anestesi

a) Definisi

Anestesi spinal (*subaraknoid*) adalah anestesi regional dengan tindakan penyuntikan obat anestetik lokal ke dalam ruang subaraknoid. (Majid, Muhammad & Umi 2011). Sedangkan menurut Dunn (2011) anestesi spinal adalah injeksi obat anestesi ke dalam ruang intratekal yang menghasilkan analgesia. Pemberian obat local anestesi ke dalam ruang intratekal atau ruang subaraknoid di region lumbal antara vertebrata L2-3, L3-4, L4-5 untuk menghasilkan onset anestesi yang cepat dengan derajat keberhasilan yang tinggi.

b) Indikasi dan kontraindikasi

Indikasi anestesi spinal menurut Morgan (2011) yaitu pembedahan bagian tubuh yang dipersarafi cabang torakal 4 kebawah meliputi : bedah ekstremitas bawah meliputi jaringan lemak, pembuluh darah dan tulang. Daerah sekitar rectum perineum termasuk anal, rectum bawah dan dindingnya atau operasi pembedahan saluran kemih. Abdomen bagian bawah dan dindingnya atau operasi intra peritoneal. Abdomenn bagian atas termasuk *cholecystectomy*, penutupan ulkus gastrikus dan transfer *colostomy*. Dapat juga digunakan pada *obstetric, vaginal delivery* dan *sectio caesarea*.

Kontraindikasi mutlak meliputi infeksi kulit pada tempat dilakukan pungsi lumbal, bacteremia, hypovolemia berat (syok), koagulopati, dan peningkatan tekanan intracranial. Sedangkan kontraindikasi relatif meliputi neuropati, *prior spine surgery*, nyeri punggung, penggunaan obat-obatan preoperasi golongan OAINS, heparin subkutan dosis rendah, dan pasien yang tidak stabil (Majid, Muhammad & Umi 2011).

c) Komplikasi anestesi spinal

Menurut menurut Sjamsuhidayat & De Jong (2010) anestesi regional yang luas seperti spinal anestesi tidak boleh diberikan pada kondisi hypovolemia yang belum berkorelasi karena dapat mengakibatkan hipotensi berat. Komplikasi yang dapat terjadi pada spinal anestesi menurut Sjamsuhidayat & De Jong (2010), ialah

- 1) Hipotensi terutama jika pasien tidak prahidrasi yang cukup
- 2) Blokade saraf spinal tinggi, berupa lumpuhnya pernapasan dan memerlukan bantuan nafas dan jalan nafas segera
- 3) Sakit kepala pasca pungsi spinal, sakit kepala ini bergantung pada besarnya diameter dan bentuk jarum spinal yang digunakan

3. Nyeri

a) Definisi

Nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat subjektif, tidak ada dua orang sekalipun yang mengalami kesamaan rasa nyeri dan tidak ada dua kejadian menyakitkan yang mengakibatkan respon atau perasaan

yang sama pada individu (Potter&Perry, 2010). Asosiasi internasional yang khusus mempelajari tentang nyeri (*The International Association for the study of pain* atau *IASP*) mendefinisikan nyeri sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan, bersifat subjektif dan berhubungan dengan panca indera, serta merupakan suatu pengalaman emosional yang dikaitkan dengan kerusakan jaringan baik actual maupun potensial, atau digambarkan sebagai suatu kerusakan atau cedera. Oleh karena itu nyeri secara fisik dapat menyebabkan nyeri secara psikologis dan *vice versa*.

Nyeri dapat disebabkan oleh berbagai stimulus seperti mekanik, termal, kimia, atau elektrik pada ujung-ujung saraf. Perawat dapat mengetahui adanya nyeri dari keluhan pasien dan tanda umum atau respon fisiologis tubuh pasien terhadap nyeri. Sewaktu nyeri biasanya pasien akan tampak meringis, kesakitan, nadi meningkat, berkeringat, napas lebih cepat, pucat, berteriak, menangis, dan tekanan darah meningkat (Wahyuningsih, 2014).

Nyeri post operasi merupakan nyeri akut yang dapat diakibatkan oleh trauma, bedah atau inflamasi, seperti saat sakit kepala, sakit gigi, tertusuk jarum, terbakar, nyeri otot, nyeri saat melahirkan, nyeri sesudah tindakan pembedahan, dan yang lainnya. Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas system 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 respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang, kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Prasetyo, 2010).

b) Klasifikasi

1) Menurut Nanda (2013), klasifikasi nyeri berdasarkan durasi yaitu

(a) Nyeri akut

Karakteristik nyeri akut yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri akut berlangsung kurang dari 6 bulan. Nyeri akut jika tidak ditangani akan mempengaruhi proses penyembuhan, masa perawatan dan penyembuhan akan lebih lama.

(b) Nyeri kronis

Nyeri kronis dirasakan secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas nyeri dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. Nyeri kronis umumnya bersifat menetap, lama dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

2) Menurut Asmadi (2008), klasifikasi nyeri berdasarkan tempatnya:

(a) *Peripheral pain*

Peripheral pain adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh. Misalnya pada kulit atau mukosa.

(b) *Deep pain*

Deep pain adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

(c) *Referred pain*

Referred pain adalah nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

(d) *Central pain*

Central pain adalah nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lainnya.

3) Menurut Witjalaksono, Villyastuti & Sutiyono (2013), klasifikasi nyeri berdasarkan asal :

(a) Nyeri nosiseptif

Rangsang timbul oleh mediator nyeri, seperti pada pasca trauma operasi dan luka bakar.

(b) Nyeri neuropatik

Rangsang oleh kerusakan saraf atau disfungsi saraf, seperti pada diabetes mellitus.

c) Faktor yang mempengaruhi respons nyeri

Menurut Mubarak (2008), ada 5 faktor yang mempengaruhi respon nyeri seseorang yaitu :

1) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis yang mereka derita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, tetapi efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

2) Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang

mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini.

5) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

d) Dampak nyeri *post sectio caesarea*

Persalinan secara *sectio caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi, nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberi dampak seperti mobilitas terbatas, bonding attachment (ikatan kasih sayang) terganggu/tidak terpenuhi, Activity of Daily Living (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara *Sectio Caesarea* (Afifah, 2009).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Orun (2010) mengenai IMD pada ibu *post sectio caesarea* didapatkan hasil bahwa hanya terdapat 2.8% yang melakukan IMD pada 30 menit pertama setelah persalinan, dan 18.9% satu jam setelah persalinan. Dalam tiga jam pertama, frekuensi menyusui pada ibu melahirkan bayi secara normal lebih tinggi dari pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea*. Hal ini membuktikan bahwa IMD tidak dapat dilakukan secara maksimal pada ibu *post sectio caesarea*.

e) Pengukuran nyeri

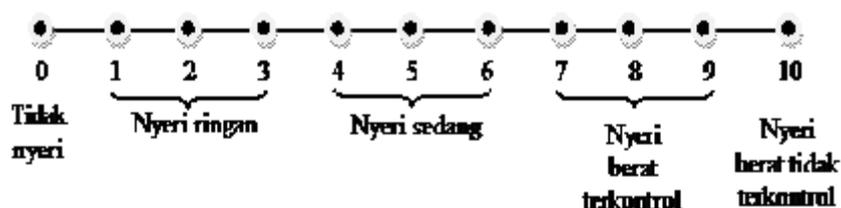
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan intensitas nyeri dirasakan berbeda pada masing-masing

individu. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Andarmoyo, 2013).

Skala intensitas nyeri yang digunakan peneliti dalam penelitian yaitu :

a) Skala intensitas nyeri numerik

Skala penilaian numerik (Numerical rating Scale atau NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10/ Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013).



Gambar 1. Skala intensitas nyeri deskriptif sederhana

f) Manajemen nyeri

Tujuan dari penatalaksanaan nyeri adalah menurunkan nyeri sampai tingkat yang dapat ditoleransi. Secara umum, penatalaksanaan nyeri dikelompokkan menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri secara farmakologi dan non farmakologi.

1) Farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dari medis. Ada beberapa strategi menggunakan pendekatan farmakologis dengan manajemen nyeri persalinan dengan penggunaan analgesia maupun anestesi (Andarmoyo,2013)

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi melibatkan penggunaan opiat (narkotik), non opiate atau obat AINS (Anti inflamasi nonsteroid), obat-obatan adjuvans atau koanalgesik. Analgesik opiate mencakup derivat opium, seperti morfin dan kodein. Narkotik meredakan nyeri dan memberikan perasaan euphoria. Semua opiate menimbulkan sedikit rasa kantuk pada awalnya ketika pertama kali diberikan, tetapi dengan pemberian yang teratur, efek samping ini cenderung menurun. Opiat juga menimbulkan mual, muntah, konstipasi, dan depresi pernafasan serta harus digunakan secara hati-hati pada klien yang mengalami gangguan pernafasan. (Berman,et al. 2009)

2) Non farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan atau kebidanan, manajemen non farmakologi merupakan tindakan dalam

mengatasi respon nyeri klien. (Andarmoyo,2013). Metode non farmakologi bukan pengganti obat-obatan, akan tetapi tindakan tersebut diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung beberapa detik atau menit. Pengendalian nyeri non farmakologi menjadi lebih murah, simple, efektif dan tanpa efek yang merugikan (Pratiwi, 2012).

Menurut Blacks dan Hawks (2014) penatalaksanaan nyeri secara non farmakologi dapat dilakukan dengan cara terapi fisik (meliputi stimulasi kulit, pijatan, kompres hangat dan dingin, TENS, akupunktur dan akupresur) serta kognitif dan biobehavioral terapi (meliputi latihan nafas dalam, relaksasi progresif, rhythmic breathing, terapi musik, bimbingan imajinasi, biofeedback, distraksi, sentuhan terapeutik, meditasi, hipnosis, humor dan magnet).

(a) Stimulasi dan masase kutaneus

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot.

(b) Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan. Baik terapi es maupun terapi panas harus digunakan dengan hati-hati dan dipantau dengan cermat untuk menghindari cedera kulit.

(c) Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS)

Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS dapat digunakan baik untuk nyeri akut maupun nyeri kronis

(d) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seseorang yang kurang menyadari adanya nyeri atau

memberikan sedikit perhatian pada nyeri akan sedikit terganggu oleh nyeri dan lebih toleransi terhadap nyeri. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke Otak.

(e) Teknik relaksasi

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri. Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Terdapat empat macam tipe relaksasi yaitu Relaksasi otot (Progressive Muscle Relaxation), Pernafasan (Diaphragmatic Breathing), Meditasi dan relaksasi perilaku. (Miltenberg, 2012).

Relaksasi pernafasan merupakan suatu metode nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri luka, bekas operasi dan nyeri persalinan, Metode relaksasi pernafasan ini juga mengurangi respon melawan atau menghindar seperti gemetar. Saat kondisi stress, cemas, dan masalah psikologis lainnya biasanya akan ada peningkatan frekuensi pernafasan. Hal ini akibat dari saraf simpatis yang berlebihan atau sering disebut dengan respon melawan atau lari (Simpkin, 2005).

(1) *Diafragmatic breathing* atau *abdominal breathing*

Menurut Mutiara (2012) Teknik relaksasi pernafasan diafragma dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah antepektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stres, baik stres fisik maupun emosional, seperti menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

4. Teknik relaksasi *abdominal breathing* atau pernafasan diafragma

a) Definisi

Pernafasan diafragma merupakan metode relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena dapat dilakukan secara spontan tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Menurut Gladd (2009) Diaphragmatic breathing exercise adalah latihan nafas yang mengkontraksikan diaphragma, ketika diaphragma berkontraksi maka akan menyebabkan perut mengembang. Hal ini menyebabkan tekanan negatif di dalam dada memaksa udara ke dalam paru-paru. Tekanan negatif dapat menarik darah ke dada, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung. Latihan pernafasan diafragma dilakukan dengan merelaksasikan dada bagian atas, lengan dan bahu.

b) Tujuan

Saat kondisi stress, cemas, dan masalah psikologis lainnya biasanya akan ada peningkatan frekuensi pernafasan. Hal ini akibat dari saraf simpatis yang berlebihan atau sering disebut dengan respon melawan atau lari. Oleh karena itu, diperlukan latihan pernafasan diafragma yang mengakibatkan pembalikan dari respon melawan atau lari. Dimana respon tersebut dimodulasi oleh saraf parasimpatis, efek fisiologis dari pernafasan diafragma yaitu :

- 1) Saat inhalasi menggunakan pernafasan diafragma, akan menghasilkan tekanan negatif pada intratoraks, dimana darah ditarik ke dalam toraks melalui efek vakum. Hal ini akan menyebabkan peningkatan stroke volume, yang memicu reseptor peregangan arteri dan menghasilkan peningkatan aktivitas saraf parasimpatis dan menurunkan saraf simpatis. Perubahan ini menyebabkan penurunan denyut jantung dan resistensi perifer total (Shilagh, 2016).
- 2) Bernafas dalam waktu 6-10 menit menyebabkan peningkatan tidal volume, dimana tidal mempertahankan ventilasi menit yang optimal. Peningkatan volume tidal menyebabkan bentangan baroreseptor cardiopulmonary yang mengakibatkan penurunan aliran simpatis dan kemudian menurunkan resistensi pembuluh darah perifer (Shilagh, 2016).

3) Pernafasan diafragma meningkatkan variabilitas denyut jantung (HRV), yang merupakan ukuran proksi keseimbangan simpatis dan parasimpatis pada jantung. Pengurangan HRV menandakan prognosis buruk dalam berbagai konteks klinis, termasuk infark miokard, penyakit jantung iskemik, gagal jantung kongestif, dan diabetes dengan neuropatik otonom (Shilagh, 2016).

c) Manfaat

Menurut Guy's and St Thomas's (2016) diafragma adalah otot berbentuk kubah, yang memisahkan dada dan perut kita. Ketika kita menghirup, diafragma mengencang mendatar dan bergerak ke bawah, mengisap udara ke paru-paru. Ketika diafragma bergerak ke bawah, ia mendorong isi perut ke bawah, yang memaksa dinding perut keluar. Ketika kita menghirup diafragma akan rileks, udara keluar dari paru-paru dan dinding perut menjadi rata. Jenis pernapasan ini memiliki dua efek penting pada tubuh:

- 1) Merileksasikan dibandingkan dengan pernapasan 'modus darurat' dari dada bagian atas, yang merupakan bagian integral dari respons 'melawan atau lari' ke situasi yang menegangkan.
- 2) Merupakan kekhasan dari proses regenerasi seperti ketika tertidur, mencerna makanan atau tubuh merasa damai. Akan terlihat pada saat bayi dan anak-anak bernapas.

Pernapasan abdomen (diafragma) adalah cara paling efisien dan santai untuk mendapatkan udara yang cukup ke paru-paru. Bernapas

terlalu cepat, terlalu dalam atau tidak teratur dapat menyebabkan gejala yang tidak menyenangkan seperti pusing, pingsan, sakit kepala, gangguan visual, kesemutan, nyeri dada, jantung berdebar, mendesah, menguap, dan mengendus berlebihan yang menjadi penyebab kecemasan.

d) Prosedur

Langkah-langkah melakukan *abdominal breathing* selama 10 menit berdasarkan (Guy's and St Thomas, 2016) :

- 1) Ciptakan lingkungan yang tenang
- 2) Atur posisi pasien berbaring diatas kasur



Gambar 2

- 3) Letakkan bantal atau guling dibawah lutut pasien (pada pasien *post sectio caesarea*, bantal tetap diletakkan dikepala)



Gambar 3

- 4) Minta pasien merentangkan kaki kurang lebih 30-45 cm terpisah, dan pastikan kepala, leher, dan tulang belakang berada pada satu garis lurus.



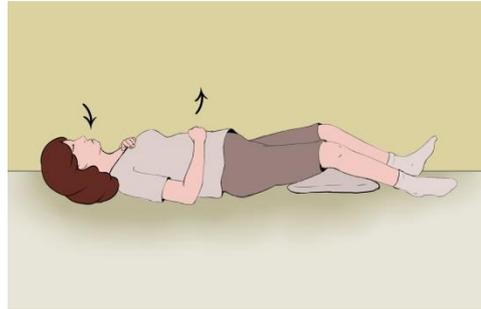
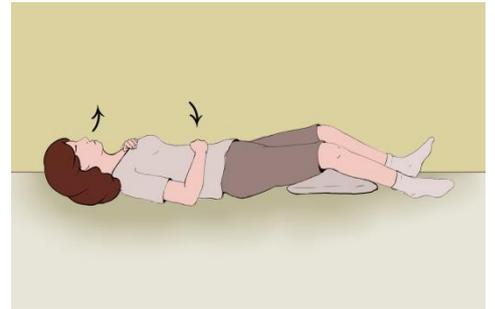
Gambar 4

- 5) Atur posisi kedua tangan dengan letak salah satu diatas dada, dan satunya diatas perut

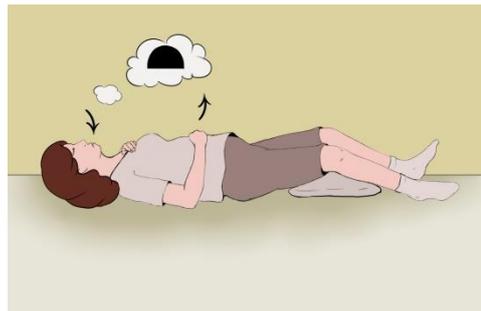
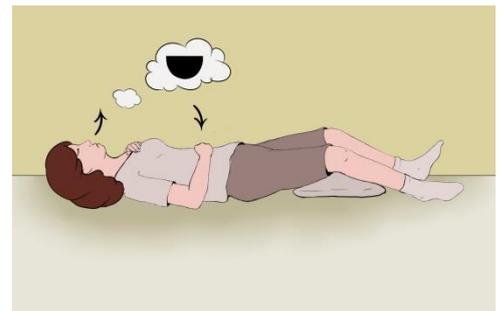


Gambar 5

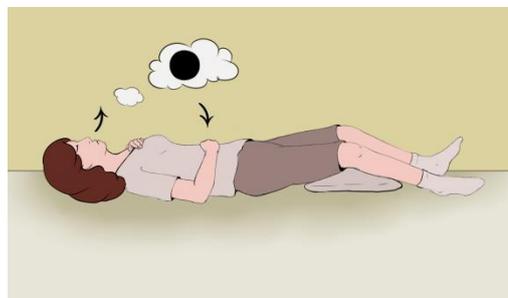
- 6) Minta pasien untuk memejamkan mata selama tehnik relaksasi berlangsung
- 7) Fokuskan perhatian pasien pada gerakan kembang kempis pernafasan perut. Ketika menggunakan pernafasan perut, saat menghirup maka akan ada pergerakan ke atas pada perut dan begitu pula tangan diatas perut akan mengikutinya. Saat menghembuskan perut akan kembali mendatar, dan pergerakan tangan akan mengikutinya.

**Gambar 6****Gambar 7**

- 8) Minta pasien membayangkan seperti menggambar setengah lingkaran saat menghirup nafas, dan menggambar setengah lingkaran sisanya pada saat menghembuskan nafas.

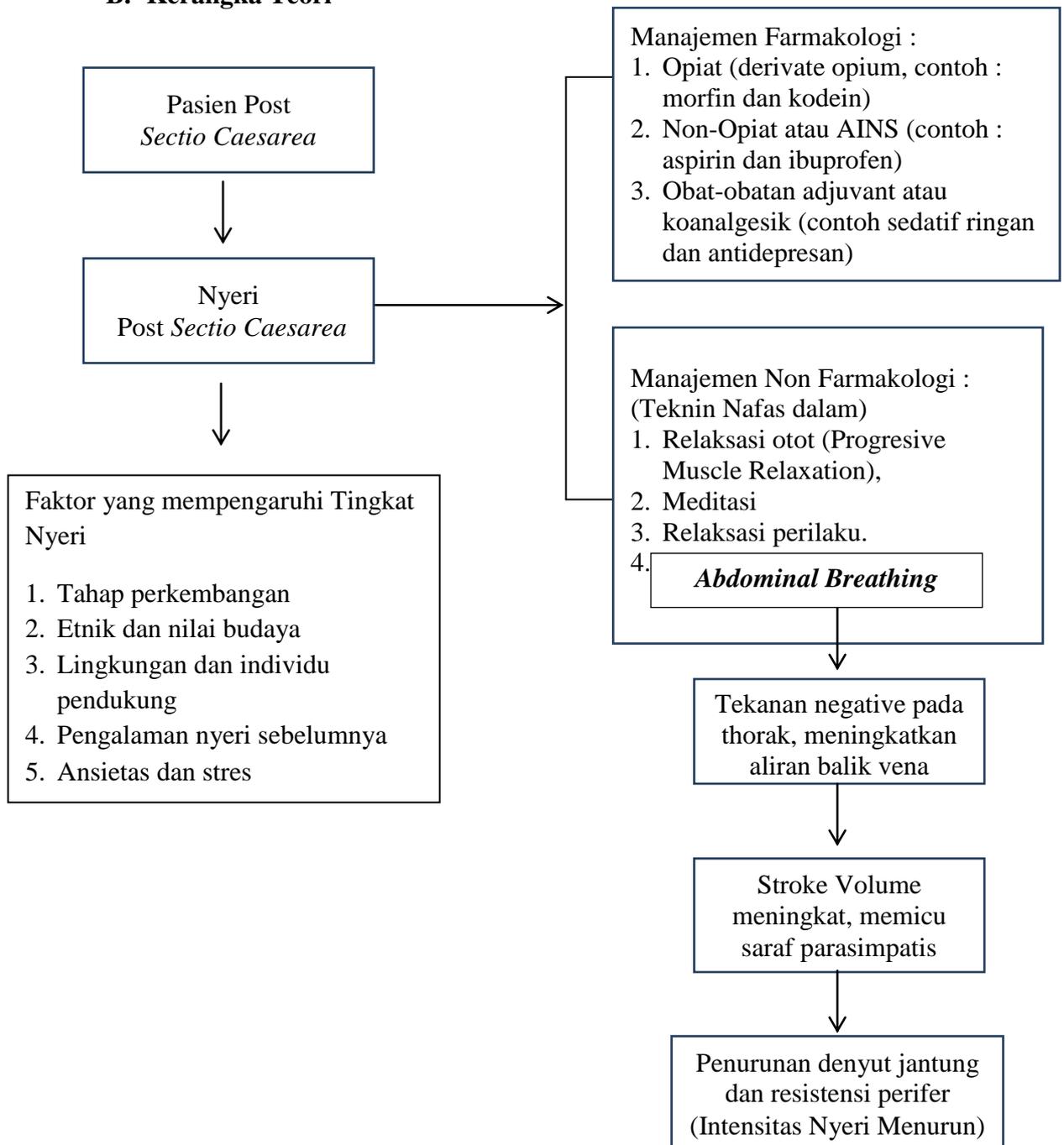
**Gambar 8****Gambar 9**

- 9) Biarkan pernafasan perut mengikuti irama dan kecepatan, dengan membayangkan gambar lingkaran penuh.

**Gambar 10**

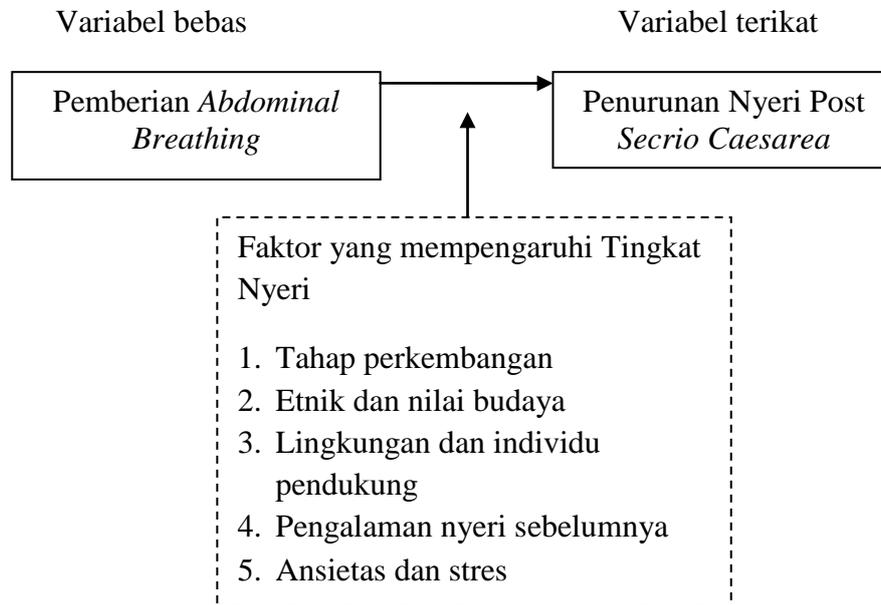
- 10) Ketika akan mengakhiri latihan ini, hiruplah nafas yang dalam.. Minta pasien untuk membuka matanya kembali.

B. Kerangka Teori



Gambar 11. Kerangka Teori (Sumber : Andarmoyo, 2013.,Berman,et al, 2009.,Mutiar, 2012.,Sharma dalam Shilagh, 2016)

C. Kerangka Konsep



Gambar 12. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ho : Hipotesis dalam penelitian ini yaitu Tidak Ada pengaruh pemberian teknik relaksasi *abdominal breathing* terhadap Nyeri post *sectio caesarea* dengan spinal anestesi

Ha : Hipotesis dalam penelitian ini yaitu Ada pengaruh pemberian teknik relaksasi *abdominal breathing* terhadap Nyeri post *sectio caesarea* dengan spinal anestesi.

