

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Seksio Sesarea

1. Pengertian seksio sesarea

Seksio sesarea merupakan tindakan pembedahan dalam bidang obstetri yang dilakukan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen (*laparotomi*) dan dinding uterus (*histerotomi*), yang digunakan sebagai alternatif persalinan per vaginam pada kondisi medis tertentu. Tindakan ini dipilih ketika persalinan normal tidak dapat dilaksanakan atau berpotensi menimbulkan risiko yang lebih besar terhadap keselamatan ibu dan/atau janin, sehingga seksio sesarea berperan penting dalam upaya pencegahan komplikasi obstetri serta penurunan angka morbiditas dan mortalitas maternal maupun neonatal (Vianta dkk., 2022) Tindakan seksio sesarea dilakukan terutama untuk menyelamatkan kehidupan ibu dan bayi dari komplikasi kehamilan maupun persalinan yang berpotensi menimbulkan risiko morbiditas dan mortalitas maternal serta neonatal apabila persalinan normal tetap dipaksakan (Singh dkk., 2020)

2. Indikasi seksio sesarea

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Indikasi seksio sesarea yang berasal dari faktor maternal meliputi adanya riwayat kehamilan dan persalinan yang kurang baik, plasenta previa terutama pada primigravida, serta kesempitan panggul atau ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dan panggul ibu (*cephalopelvic disproportion/CPD*). Selain itu, kurang adekuatnya stimulus persalinan yang menyebabkan kegagalan persalinan pervaginam, adanya stenosis serviks atau

vagina, serta ancaman ruptur uteri juga menjadi pertimbangan tindakan seksio sesarea. Indikasi lainnya mencakup solusio plasenta derajat I–II, preeklampsia berat (PEB), permintaan ibu untuk dilakukan sectio caesarea elektif, serta kehamilan yang disertai penyakit penyerta seperti penyakit jantung dan diabetes melitus. Gangguan selama proses persalinan akibat kelainan jalan lahir, seperti kista ovarium dan mioma uteri, ketuban pecah dini (KPD), riwayat seksio sesarea sebelumnya, serta adanya hambatan pada jalan lahir juga termasuk dalam indikasi maternal dilakukannya seksio sesarea (Juliathi dkk., 2021).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Indikasi seksio sesarea yang berasal dari faktor janin meliputi kondisi fetal distress atau gawat janin, kelainan presentasi dan posisi janin (*malpresentation* dan *malposition*), prolaps tali pusat pada pembukaan serviks yang belum adekuat, serta kegagalan persalinan dengan bantuan vakum atau forceps, yang secara klinis merupakan alasan untuk mengakhiri persalinan secara operatif guna mencegah risiko pada ibu dan janin bila persalinan pervaginam membahayakan kedua pihak (Juliathi dkk., 2021)

3. Kontra indikasi seksio sesarea

Praktik kebidanan modern menunjukkan bahwa tidak terdapat kontraindikasi tegas terhadap tindakan seksio sesarea, karena prosedur ini dapat dilakukan apabila terdapat indikasi medis yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Sebaliknya, kontraindikasi relatif seksio sesarea berkaitan dengan kondisi kehamilan normal tanpa komplikasi obstetri seperti preeklampsia, gawat janin, disproporsi sefalopelvik, atau kelainan letak janin,

sehingga persalinan pervaginam dinilai lebih aman dan efektif. Selain itu, kontraindikasi seksio sesarea juga mencakup kondisi ibu dengan risiko pembedahan tinggi, seperti gangguan pembekuan darah, risiko anestesi berat, serta penolakan tindakan setelah diberikan penjelasan dan informed consent (Aningsih & Amalia, 2025).

4. Jenis seksio sesarea

c. Seksio sesarea klasik

Seksio sesarea klasik merupakan prosedur pembedahan persalinan dengan insisi vertikal pada korpus uterus yang digunakan dalam kondisi klinis tertentu ketika segmen bawah uterus tidak dapat diakses secara aman. Terapi ini memberikan akses uterus yang lebih luas namun dikaitkan dengan risiko perdarahan, kesulitan penutupan luka, dan peningkatan kemungkinan ruptur uterus pada kehamilan berikutnya jika dibandingkan dengan insisi rendah transversal; oleh karena itu, penggunaannya dibatasi pada indikasi khusus sesuai bukti klinis (Moramarco dkk., 2022)

d. Seksio sesarea transperitoneal

Seksio sesarea transperitoneal adalah pendekatan operasi sesar yang melibatkan pembukaan kavum peritoneum (rongga perut) sebelum dilanjutkan dengan insisi pada uterus untuk mengeluarkan janin. Pendekatan ini termasuk dalam *intra-peritoneal cesarean section* yang menjadi standar di banyak praktik obstetri karena memberikan akses visual dan ruang kerja yang memadai untuk tim bedah. Dalam studi perbandingan antara terapi *transperitoneal* dan *extraperitoneal*, ditemukan bahwa terapi transperitoneal cenderung memiliki morbiditas bedah yang berbeda dengan pendekatan ekstraperitoneal, termasuk

aspek mual-muntah intraoperatif, nyeri pascapembedahan, dan waktu pemulihan fungsi usus, sehingga pemilihan terapi operatif tetap mempertimbangkan kondisi klinis dan pengalaman tim bedah (Vaswani dkk., 2020).

e. Seksio sesarea histerektomi

Seksio sesarea histerektomi merupakan tindakan pembedahan obstetri yang dilakukan dengan persalinan melalui seksio sesarea yang disertai pengangkatan uterus sebagai upaya penyelamatan jiwa pada kondisi kegawatdaruratan, terutama akibat perdarahan postpartum masif yang disebabkan oleh gangguan perlekatan plasenta yang abnormal. Tindakan ini dilakukan apabila penatalaksanaan konservatif tidak mampu mengendalikan perdarahan, sehingga histerektomi menjadi pilihan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan menurunkan risiko morbiditas serta mortalitas maternal (Adi & Mursen, 2025).

f. Seksio sesarea ekstraperitoneal

Seksio sesarea ekstraperitoneal adalah terapi persalinan bedah di mana janin dilahirkan melalui insisi pada dinding abdomen tanpa membuka rongga peritoneum, sehingga pendekatan dilakukan melalui ruang paravesikal yang meminimalkan kontak dengan usus dan organ peritoneal, dan bertujuan menurunkan risiko nyeri pascaoperasi, mual, serta mempercepat pemulihan fungsional dibandingkan pendekatan transperitoneal konvensional. Hasil studi retrospektif menunjukkan bahwa terapi ekstraperitoneal menghasilkan skor nyeri pascaoperasi yang lebih rendah dan fungsi usus kembali lebih cepat

dibandingkan metode transperitoneal, meskipun memerlukan keterampilan operator yang lebih tinggi (Vaswani dkk., 2020)

5. Komplikasi seksio sesarea

Seksio sesarea merupakan tindakan persalinan yang berisiko menimbulkan komplikasi, baik komplikasi jangka pendek maupun komplikasi jangka panjang. Adapun komplikasi dari seksio sesarea yaitu:

- a. Komplikasi jangka pendek, terjadi setelah dilakukannya tindakan seksio sesarea, seperti:
 - 1) Kematian ibu, seksio sesarea memiliki tingkat mortalitas maternal lebih tinggi dibandingkan persalinan pervaginam, terutama akibat komplikasi serius seperti sepsis dan komplikasi operasi.
 - 2) Infeksi pasca operasi, Infeksi luka operasi (*surgical site infection*), endometritis, dan sepsis merupakan komplikasi paling sering terjadi dalam fase pasca operasi seksio sesarea, memerlukan perawatan antibiotik dan rawat lanjut.
 - 3) Perdarahan, Perdarahan pasca operasi dapat terjadi akibat trauma jaringan, atoni uterus, atau insisi yang tidak sempurna
 - 4) Tromboembolisme, risiko tromboemboli vena dalam (*Deep Vein Thrombosis*) dan emboli paru lebih tinggi dibanding persalinan normal, karena imobilisasi pasca operasi dan respons inflamasi pasca bedah
 - 5) Cedera bedah insidental, tindakan seksio sesarea berisiko menimbulkan trauma pada organ sekitar uterus, terutama kandung kemih, mengingat letak anatomisnya yang berdekatan dengan area pembedahan

- 6) Masa rawat inap lebih lama, ibu pasca seksio sesarea umumnya memerlukan waktu perawatan yang lebih lama karena adanya kebutuhan pemantauan dan evaluasi kondisi pascaoperasi, sehingga berdampak pada peningkatan biaya persalinan.
 - 7) Histerektomi, prosedur ini dapat menjadi pilihan terakhir apabila terjadi perdarahan uterus yang berkelanjutan dan tidak dapat dikendalikan meskipun telah diberikan terapi uterotonik seperti oksitosin.
 - 8) Nyeri akut, setelah efek anestesi berkurang, ibu biasanya mengalami nyeri yang signifikan pasca tindakan seksio sesarea. Penatalaksanaan nyeri umumnya menggunakan analgesik, termasuk golongan opioid, namun penggunaannya perlu dipertimbangkan secara hati-hati karena dapat menimbulkan efek samping, termasuk dampak psikologis pada ibu (Mascarello dkk., 2022)
- b. Komplikasi jangka panjang, merupakan komplikasi yang akan dirasakan dari setelah tindakan seksio sesarea sampai dengan beberapa bulan pasca persalinan.
- 1) Nyeri kronik, nyeri kronik dengan intensitas tinggi pascaoperasi merupakan kondisi yang sering dialami oleh wanita yang menjalani seksio sesarea, sehingga diperlukan penilaian nyeri yang komprehensif sebagai dasar pelaksanaan intervensi kuratif dan preventif guna mempercepat pemulihan serta mencegah berkembangnya nyeri kronik.
 - 2) Infertilitas, wanita pasca seksio sesarea berisiko mengalami gangguan proses pembentukan jaringan parut (scar), yang dapat berdampak pada meningkatnya risiko infertilitas setelah persalinan.

- 3) Kematian neonatal, meskipun seksio sesarea umumnya dilakukan untuk menyelamatkan kondisi bayi, pada keadaan tertentu tindakan ini tetap memiliki risiko terjadinya kematian neonatal.
- 4) Transient takipnea, bayi yang dilahirkan melalui seksio sesarea berisiko mengalami gangguan pernapasan sementara setelah lahir, yang umumnya disebabkan oleh ketidaksempurnaan adaptasi paru dalam proses pernapasan awal.
- 5) Trauma, proses persalinan melalui seksio sesarea juga dapat meningkatkan risiko terjadinya trauma pada bayi, yang umumnya berkaitan dengan tindakan insisi selama prosedur operasi.
- 6) Rupture uteri, risiko terjadinya ruptur uteri lebih tinggi pada ibu dengan riwayat persalinan seksio sesarea dibandingkan dengan ibu yang melahirkan secara pervaginam (Juliathi dkk., 2021)

B. Masalah Nyeri Akut Pada Ibu Postpartum Seksio Sesarea

1. Definisi nyeri akut pada ibu postpartum seksio sesarea

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan atau stimulasi nyeri (Raja dkk., 2021). Nyeri pasca pembedahan, termasuk setelah persalinan dengan metode seksio sesarea, merupakan salah satu keluhan yang paling sering dialami oleh pasien. Persepsi nyeri berbeda pada setiap individu sehingga responsnya juga tidak bisa disamakan, beberapa wanita mungkin merasa nyeri lebih kuat daripada yang lain tergantung pada faktor fisiologis dan psikologis mereka. Setelah operasi, nyeri dapat membatasi kemampuan ibu untuk melakukan aktivitas harian normal dan merasa nyaman (Siwicki dkk., 2025).

2. Klasifikasi nyeri

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), nyeri dapat diklasifikasi menjadi 2, antara lain:

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun gangguan fungsi jaringan, dengan onset yang dapat terjadi secara tiba-tiba atau bertahap, berintensitas ringan hingga berat, serta berlangsung ≤ 3 bulan. Secara teoritis, nyeri akut bersifat protektif karena muncul sebagai respons fisiologis terhadap rangsangan yang merusak atau berpotensi mencederai jaringan, yang mengaktifkan nociceptor dan memicu impuls saraf menuju sistem saraf pusat, sehingga individu menyadari adanya cedera dan terdorong untuk melindungi area yang mengalami kerusakan; oleh karena itu, nyeri pada pasien post seksio sesarea termasuk dalam kategori nyeri akut karena berkaitan langsung dengan trauma insisi pembedahan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau gangguan fungsi jaringan, dengan onset mendadak atau perlahan, intensitas bervariasi, bersifat menetap atau berulang, dan berlangsung ≥ 3 bulan. Secara teoritis, nyeri kronis tidak lagi berfungsi sebagai mekanisme protektif, melainkan berkaitan dengan perubahan adaptasi sistem saraf seperti sensitisasi perifer dan sentral yang menyebabkan ambang nyeri menurun dan persepsi nyeri menetap, sehingga berdampak tidak hanya pada kondisi fisik tetapi juga pada aspek psikologis dan kualitas hidup individu.

3. Tanda dan gejala nyeri akut

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor yang dapat ditemukan melalui data subjektif dan objektif. Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) tanda dan gejala nyeri akut adalah sebagai berikut:

- a. Tanda dan gejala mayor
 - 1) Subjektif: pasien mengeluh nyeri
 - 2) Objektif: pasien tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada atau mengambil posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan mengalami kesulitan tidur.
- b. Tanda dan gejala minor
 - 1) Subjektif: (tidak tersedia)
 - 2) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan menurun atau berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, serta mengalami diaphoresis atau berkeringat berlebihan.

4. Faktor penyebab nyeri akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, (2017) nyeri dapat disebabkan oleh 3 hal yaitu:

- a. Agen pencedera fisiologis, yaitu kondisi gangguan proses biologis tubuh seperti inflamasi, iskemia, dan neoplasma yang memicu pelepasan mediator inflamasi sehingga meningkatkan sensitivitas reseptor nyeri dan menimbulkan persepsi nyeri.
- b. Agen pencedera kimia, seperti paparan zat iritan atau korosif yang menyebabkan kerusakan sel dan memicu respons inflamasi lokal, sehingga mengaktivasi nociceptor dan menimbulkan sensasi nyeri
- c. Agen pencedera fisik, seperti trauma mekanis, luka bakar, prosedur

pembedahan, atau tekanan berlebihan yang secara langsung merusak jaringan dan menstimulasi serabut saraf nyeri untuk menghantarkan impuls ke sistem saraf pusat sehingga dirasakan sebagai nyeri.

5. Pengukuran intensitas nyeri

a. *Numeric Rating Scale (NRS)*

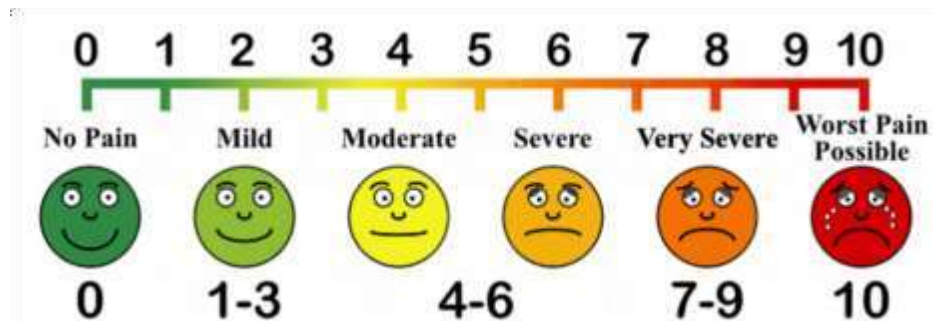
Numeric Rating Scale (NRS) merupakan instrumen pengukuran intensitas nyeri berbasis pelaporan diri (*self-report*) yang menggunakan skala numerik 0 sampai 10, di mana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri paling berat yang dapat dibayangkan. Skala ini dirancang untuk mengkuantifikasi persepsi subjektif pasien terhadap intensitas nyeri secara sederhana, cepat, dan mudah dipahami. NRS banyak digunakan dalam praktik klinis maupun penelitian karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik dalam menilai intensitas nyeri akut maupun kronis. NRS merupakan alat skrining nyeri yang paling luas digunakan di pelayanan kesehatan primer. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa NRS efektif sebagai alat identifikasi awal nyeri dengan tingkat akurasi yang cukup baik (*area under curve* 0,76–0,78), meskipun tidak sepenuhnya mampu menangkap seluruh dimensi nyeri yang bersifat multidimensional.



Gambar 1. *Numeric Rating Scale (NRS)*

b. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) adalah alat ukur intensitas nyeri berbentuk garis horizontal sepanjang biasanya 100 mm dengan dua ujung yang mewakili ekstrem rasa nyeri, yaitu “tidak ada nyeri” di satu ujung dan “nyeri terburuk yang mungkin dialami” di ujung lain. Pasien diminta menandai posisi pada garis yang paling sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan, kemudian jarak dari ujung kiri diukur untuk menentukan skor nyeri sebagai data kuantitatif. VAS digunakan luas dalam penelitian dan praktik klinis karena mampu menangkap variasi nyeri secara kontinu dan mudah diadministrasikan pada pasien dewasa dan populasi klinis lainnya. Dalam kajian terbaru, VAS dianggap sebagai alat valid dan reliabel untuk menilai intensitas nyeri subjektif dalam berbagai kondisi klinis serta sering digunakan sebagai standar pembandingan dalam evaluasi intervensi analgesik.

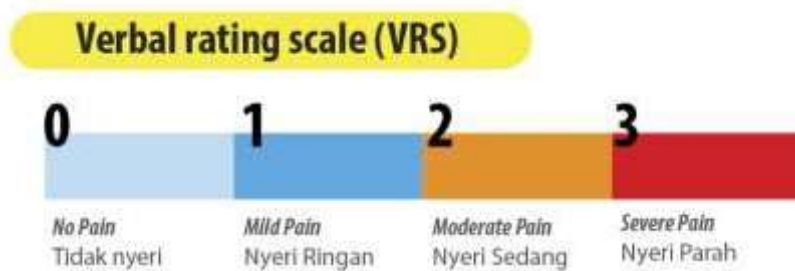


Gambar 2. *Visual Analog Scale (VAS)*

c. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Verbal Rating Scale (VRS) adalah alat ukur nyeri yang meminta pasien untuk memilih kata-kata deskriptif yang paling tepat menggambarkan intensitas nyeri yang mereka rasakan. Kata-kata tersebut biasanya berupa kategori seperti “tidak nyeri,” “nyeri ringan,” “nyeri sedang,” hingga “nyeri sangat berat”. Skala ini bersifat ordinal karena setiap level nyeri dinyatakan

dalam bentuk deskripsi verbal, bukan angka atau visual. VRS cocok digunakan pada pasien yang mungkin kesulitan memahami skala numerik (seperti NRS) atau ketidakmampuan untuk menilai nyeri secara visual, karena keterlibatan bahasa membantu pasien menjelaskan pengalaman nyeri mereka tanpa harus berpikir dalam bentuk angka. Penelitian terkini menunjukkan bahwa VRS tetap berkorelasi erat dengan skala lain seperti VAS dan NRS dalam menilai intensitas nyeri akut pada orang dewasa, sehingga dapat digunakan sebagai alternatif pengukuran dalam berbagai konteks klinis, terutama bila komunikasi verbal pasien memadai dan konsisten dengan deskripsi nyeri yang tersedia ((Krebs dkk., 2020)



Gambar 3. *Verbal rating Scale (VRS)*

d. *Wong – Baker Faces Pain Rating Scale (WBS)*

Wong–Baker Faces Pain Rating Scale (sering disingkat WBS atau WBFPRS) adalah instrumen pengukuran nyeri yang menggunakan serangkaian ekspresi wajah untuk menggambarkan tingkat intensitas nyeri, mulai dari wajah tersenyum yang menunjukkan tidak nyeri hingga wajah menangis yang menunjukkan nyeri sangat berat. Skala ini awalnya dikembangkan untuk anak-anak, tetapi kemudian juga diadaptasi untuk pasien dewasa yang memiliki kesulitan dalam menggunakan skala numerik atau verbal, seperti pasien lansia, pasien dengan hambatan bahasa, atau mereka yang memiliki keterbatasan kognitif. WBS memudahkan pasien

dalam mengkomunikasikan intensitas nyeri melalui asosiasi visual antar ekspresi wajah, sehingga mengurangi ketergantungan pada kemampuan numerik atau keterampilan deskriptif verbal. Dalam penelitian yang membandingkan berbagai skala nyeri, WBS menunjukkan keterkaitan yang baik dengan VAS, NRS, dan VRS dalam penilaian nyeri akut, terutama pada populasi yang memilih metode penilaian berbasis visual dibandingkan numerik atau verbal (Krebs dkk., 2020)



Gambar 4. *Wong Baker Scale (WBF)*

6. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri merupakan upaya yang dilakukan untuk mengurangi atau mengontrol sensasi nyeri sehingga pasien dapat mencapai kenyamanan serta mempertahankan fungsi fisiologis dan psikologis yang optimal. Secara umum, manajemen nyeri dibagi menjadi dua pendekatan utama yaitu Kassim dkk., (2023)):

a. Metode farmakologis

Metode farmakologis merupakan salah satu pendekatan dalam penatalaksanaan nyeri yang dilakukan melalui pemberian obat analgesik untuk mengurangi atau menghambat transmisi impuls nyeri pada sistem saraf perifer maupun sistem saraf pusat. Analgesik bekerja melalui berbagai mekanisme, seperti menghambat proses inflamasi, menurunkan sensitivitas

reseptor nyeri, serta memodulasi persepsi nyeri pada tingkat sistem saraf pusat. Pemberian obat analgesik dapat dilakukan melalui berbagai rute, antara lain secara oral, intravena, intramuskular, maupun melalui terapi anestesi regional seperti blok saraf. Pendekatan farmakologis sering digunakan dalam penatalaksanaan nyeri akut maupun nyeri pascaoperasi karena mampu memberikan efek analgesik yang relatif cepat sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

b. Metode non – farmakologis

Metode non-farmakologis merupakan pendekatan dalam penatalaksanaan nyeri yang dilakukan tanpa menggunakan obat-obatan, dengan tujuan membantu pasien mengontrol dan mengurangi persepsi nyeri melalui mekanisme fisiologis maupun psikologis. Pendekatan ini berfokus pada upaya meningkatkan kemampuan individu dalam mengatasi nyeri dengan memanfaatkan respon alami tubuh serta strategi koping yang adaptif. Pendekatan non-farmakologis dalam keperawatan kerap dimanfaatkan sebagai terapi komplementer yang dikombinasikan dengan metode farmakologis untuk meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri. Intervensi ini juga dinilai memiliki tingkat keamanan yang tinggi, mudah diaplikasikan, serta memberikan risiko efek samping yang lebih rendah dibandingkan dengan terapi obat. Beberapa bentuk terapi non-farmakologis yang dapat diterapkan antara lain: Yulianti dkk., (2023):

1) Bimbingan antisipasi

Bimbingan antisipasi dilakukan dengan memberikan edukasi kepada pasien mengenai nyeri yang dialami, meliputi penyebab, durasi, lokasi,

kualitas, serta upaya penanganannya. Pemberian informasi ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien sehingga dapat mengurangi kecemasan yang muncul akibat ketidaktahuan terhadap kondisi yang dialami. Dengan berkurangnya kecemasan, persepsi terhadap nyeri juga dapat menurun.

2) Kompres panas dan dingin

Kompres panas dan dingin merupakan metode yang dilakukan dengan memberikan rangsangan suhu pada area yang mengalami nyeri. Kompres panas dapat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan sirkulasi dan membantu mengurangi nyeri. Sementara itu, kompres dingin bekerja dengan menurunkan proses inflamasi serta mengurangi sensitivitas reseptor nyeri. Kedua metode ini efektif digunakan sebagai terapi tambahan dalam mengatasi nyeri.

3) Distraksi

Distraksi merupakan terapi yang bertujuan untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri ke stimulus lain. Metode ini dapat dilakukan melalui distraksi visual, audio, maupun intelektual. Salah satu bentuk distraksi audio yang sering digunakan adalah terapi musik. Terapi musik terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri karena mampu mengalihkan fokus pasien serta memberikan efek relaksasi secara psikologis.

4) Relaksasi

Terapi relaksasi bertujuan untuk menurunkan ketegangan fisik dan psikologis sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Relaksasi dapat dilakukan melalui terapi pernapasan dalam (deep breathing) maupun

relaksasi autogenik. Relaksasi autogenik merupakan terapi yang menggunakan sugesti diri untuk menciptakan perasaan tenang dan nyaman. Terapi ini terbukti efektif dalam membantu menurunkan intensitas nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

5) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing merupakan terapi yang dilakukan dengan mengarahkan pasien untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan dan menenangkan. Terapi ini membutuhkan konsentrasi serta lingkungan yang kondusif agar dapat memberikan efek maksimal dalam menurunkan persepsi nyeri.

6) Aromaterapi

Aromaterapi merupakan metode yang menggunakan minyak esensial untuk memberikan efek relaksasi. Penghirupan aroma tertentu, seperti lavender, dapat membantu menurunkan intensitas nyeri serta meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

7) Pijatan (*massage*)

Pijatan atau *massage* merupakan terapi yang dilakukan dengan memberikan sentuhan pada tubuh pasien. Pijatan dapat merangsang pelepasan endorfin sebagai analgesik alami, meningkatkan sirkulasi darah, serta memberikan efek relaksasi sehingga membantu menurunkan nyeri.

C. Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan 18 mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnose keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Pratiwi dkk, 2023).

Pengumpulan data dilakukan dengan mengkaji kebutuhan dasar manusia yang meliputi, respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, *neurosensory*, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial serta keamanan dan proteksi. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Identitas

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangas, status pernikahan, pendidikan. Identitas penanggung jawab Nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, suku/bangsa.

b. Riwayat kesehatan pasien

1. Keluhan utama

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala nyeri 0-10:

- a) P (Provokatif): Faktor yang mempengaruhi gawat dan ringannya nyeri
- b) Q (Quality): Nyeri seperti apa yang dirasakan (tajam, tumpul, atau seperti tersayat)
- c) R (Region): Dimana rasa nyeri di rasakan (area nyeri)
- d) S (Scale): Skala nyeri
- e) T (Time): Berapa lama nyeri berlangsung

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti: penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

e. Riwayat obstetrik

- 1) Riwayat menstruasi: umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
- 2) Riwayat pernikahan: jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan

- 3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu: riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi postpartum (laserasi, infeksi dan perdarahan), jumlah anak yang dimiliki.
 - 4) Riwayat Keluarga Berencana (KB): jenis aseptor KB dan lamanya menggunakan KB
- f. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)
- 1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi: Pola ini berkaitan dengan cara individu memandang kondisi sehat dan sakit, termasuk pemahaman mengenai kondisi postpartum seksio sesarea serta nyeri akut yang dialami. Di dalamnya mencakup pengetahuan tentang status kesehatan, upaya menjaga kesehatan seperti kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap terapi, serta perilaku dalam mengatasi masalah kesehatan.
 - 2) Pola nutrisi – metabolik: Pola ini mencakup kebiasaan makan, asupan cairan, serta kondisi metabolisme tubuh. Pada ibu postpartum seksio sesarea dengan nyeri akut, dapat terjadi penurunan nafsu makan yang berpotensi memengaruhi pemenuhan kebutuhan nutrisi dan proses penyembuhan luka
 - 3) Pola eliminasi: Pola eliminasi meliputi fungsi buang air kecil dan buang air besar. Setelah tindakan seksio sesarea, dapat terjadi perubahan seperti peningkatan frekuensi berkemih atau gangguan buang air besar, misalnya konstipasi akibat keterbatasan aktivitas dan pengaruh nyeri

- 4) Pola aktivitas – latihan: Pola ini berkaitan dengan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Nyeri pada luka operasi dapat menyebabkan keterbatasan dalam bergerak, berjalan, maupun perubahan posisi, sehingga aktivitas dilakukan secara bertahap sesuai toleransi.
- 5) Pola istirahat – tidur: Pola istirahat meliputi kualitas dan kuantitas tidur.. Nyeri akut sering menimbulkan gangguan tidur, seperti sulit memulai tidur, sering terbangun, serta berkurangnya waktu istirahat.
- 6) Pola persepsi – kognitif: Pola ini berkaitan dengan fungsi penginderaan dan kemampuan berpikir. Secara umum fungsi sensori tetap baik, namun nyeri dapat memengaruhi tingkat konsentrasi dan fokus dalam menerima informasi.
- 7) Pola konsep diri – persepsi diri: Pola ini berkaitan dengan cara individu menilai dirinya sendiri, termasuk citra tubuh dan perasaan terhadap kondisi yang dialami. Perubahan fisik serta nyeri pasca operasi dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, cemas, atau khawatir.
- 8) Pola hubungan – peran: menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.
- 9) Pola seksual – reproduksi: Pola ini berkaitan dengan fungsi reproduksi dan kesehatan seksual. Pada masa nifas pasca seksio sesarea, aktivitas seksual umumnya belum dilakukan, serta diperlukan perhatian terhadap kebersihan dan perawatan organ reproduksi.

10) Pola toleransi stress – koping: Pola ini berhubungan dengan kemampuan menghadapi stres dan cara mengatasinya. Kondisi nyeri dan masa pemulihan pasca operasi dapat menjadi sumber stres, sehingga diperlukan strategi koping yang adaptif.

11) Pola keyakinan – nilai: Pola ini berkaitan dengan nilai, kepercayaan, dan budaya yang dianut. Keyakinan tersebut dapat memengaruhi cara individu dalam menerima kondisi kesehatan dan menjalani proses penyembuhan.

12) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: Tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas (LILA).

- a) Kepala: amati wajah pasien (pucat atau tidak), adanya/tidaknya cloasma.
- b) Mata: sclera (putih atau kuning), konjungtiva (anemis atau tidak anemis).
- c) Leher: adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya pembesaran kelenjar limpa atau tidak
- d) Dada: payudara (warna areola menggelap atau tidak, puting menonjol atau tidak, pengeluaran ASI lancar atau tidak), bentuk dan pergerakan dada (simetris atau tidak simetris), penggunaan otot bantu pernapasan, serta auskultasi bunyi napas normal (vesikuler) atau adanya bunyi napas tambahan. Pemeriksaan jantung meliputi penilaian frekuensi dan irama denyut jantung, kekuatan nadi, serta auskultasi bunyi jantung untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan bunyi jantung tambahan.
- e) Abdomen: adanya linea atau striae, kontraksi, ada atau tidaknya luka bekas operasi, dan bising usus.

- f) Genetalia: kaji kebersihan, pengeluaran (karakteristik), hasil VT, hemoroid
- g) Ektremitas: adanya odema, varises, CRT, dan refleksi patella.
- h) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan tripel eliminasi (sifilis, hepatitis B, dan HIV non-reaktif), HB (normal 12,5%), dan pemeriksaan USG.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis yang dilakukan untuk mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama, yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis dan mencerminkan inti respons klien terhadap kondisi kesehatannya, serta indikator diagnostik yang meliputi penyebab (etiologi), tanda dan gejala, serta faktor risiko.

Penegakan diagnosis keperawatan memerlukan tanda dan gejala mayor sebesar 80 – 100 % sebagai dasar validasi yang kuat. Tanda dan gejala minor tidak menjadi syarat utama dalam penegakan diagnosis, namun jika ditemukan dapat diperkuat dan mendukung ketepatan penegakan diagnosis. Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri dari atas tiga tahap, yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

- a. Analisa data, membandingkan data dengan nilai normal dengan nilai normal dan mengelompokkan data

Tabel 1
Analisa Data Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi
Relaksasi Autogenik dan Terapi Musik pada Ibu
Postpartum Seksio Sesarea

Data Fokus	Analisa	Masalah
1	2	3
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh nyeri di area luka operasi post seksio sesarea 2) Nyeri dirasakan bertambah saat bergerak, batuk, atau adanya perubahan posisi, dan berkurang saat istirahat atau posisi nyaman 3) Nyeri dirasakan seperti ditarik, tertusuk atau perih pada area luka operasi 4) Nyeri mengatakan nyeri dirasakan pada area luka bekas operasi post seksio sesarea 5) Mengeluh skala nyeri dirasakan berkisar antara sedang hingga berat (skala nyeri >3) 6) Mengeluh nyeri dirasakan terus – menerus terutama 1-3 hari pertama post operasi seksio sesarea dan meningkat saat istirahat <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) 3) Frekuensi nadi meningkat 4) Tampak sulit tidur 5) Tekanan darah meningkat 	<p>Luka insisi post seksio sesarea</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan kulit dan otot</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan jaringan dan sel</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan zat kimia (histamin, prostaglandin, bradykinin)</p> <p>↓</p> <p>Stimulasi reseptor nyeri (nosiseptor)</p> <p>↓</p> <p>Impuls nyeri dihantarkan melalui serabut saraf ke sistem saraf pusat</p> <p>↓</p> <p>Persepsi nyeri di otak</p> <p>↓</p> <p>Muncul rasa nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>

b. .Perumusan diagnosis keperawatan

- 1) Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu tindakan prosedur operasi seksio sesarea dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat.

3. Rencana keperawatan

Diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan menjadi landasan dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Luaran keperawatan merupakan hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan yang dirumuskan dalam bentuk indikator atau kriteria hasil sebagai tolak ukur dalam menilai keberhasilan penanganan masalah keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

Pada kasus nyeri akut post seksio sesarea, rencana keperawatan difokuskan pada pencapaian luaran berupa penurunan tingkat nyeri. Tujuan yang ingin dicapai yaitu terjadinya penurunan intensitas nyeri disertai dengan perbaikan kondisi pasien secara menyeluruh. Kriteria hasil yang diharapkan meliputi penurunan keluhan nyeri, penurunan ekspresi meringis, penurunan sikap protektif, penurunan kesulitan tidur, perbaikan frekuensi nadi, perbaikan tekanan darah, serta perbaikan pola tidur (Tim Pokja SLKI. PPNI, 2018)

Tabel 2
Intervensi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Terapi Relaksasi Autogenik dan Terapi Musik pada Ibu Postpartum Seksio Sesarea

Diagnosis Keperawatan	Tujuan/kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan prosedur operasi seksio sesarea) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis menurun (5) 3) Sikap protektif menurun (5) 4) Kesulitan tidur menurun (5) 5) Frekuensi nadi membaik (5) 6) Tekanan darah membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada pasien area luka insisi post seksio sesarea 2) Identifikasi skala nyeri secara berkala 3) Identifikasi respon nyeri non - verbal seperti meringis, gelisah, dan sikap protektif 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri seperti pergerakan atau perubahan posisi 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan Terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan terapi relaksasi autogenik dan terapi musik 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri pasca operasi seksio sesarea

-
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 - 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - 5) Ajarkan terapi non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**Intervensi Pendukung
Perawatan Pasca Seksio
Sesarea (I.14567)**

Observasi

- 1) Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan
- 2) Monitor tanda – tanda vital ibu
- 3) Monitor respon fisiologis (nyeri, perubahan uterus, pengeluaran ASI, pengeluaran lokea)
- 4) Monitor kondisi luka dan balutan

Terapeutik

- 1) Diskusikan perasaan, pertanyaan, dan perhatian pasien terkait pembedahan
- 2) Motivasi mobilisasi dini 12 jam
- 3) Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi
- 4) Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan

Edukasi

- 1) Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam
 - 2) Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan
-

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun, yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Pada tahap ini, perawat melaksanakan berbagai tindakan secara terkoordinasi bersama pasien, keluarga, serta tim kesehatan lainnya, sekaligus mendokumentasikan respons pasien terhadap intervensi yang diberikan. Pelaksanaan implementasi keperawatan bertujuan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan, meningkatkan status kesehatan pasien, serta membantu individu dalam mengembangkan mekanisme koping yang efektif terhadap masalah kesehatan yang dialami.

Pada kasus ibu post seksio sesarea, implementasi keperawatan difokuskan pada manajemen nyeri melalui pemberian terapi relaksasi autogenik dan terapi musik. Terapi relaksasi autogenik dilakukan dengan membimbing pasien untuk mencapai kondisi rileks melalui pengaturan napas dan sugesti positif, sedangkan terapi musik diberikan untuk membantu mengalihkan perhatian serta menciptakan rasa nyaman. Penerapan kedua terapi ini diharapkan dapat menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta membantu pasien beristirahat dengan lebih optimal.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian untuk mengetahui tingkat keberhasilan diagnosis, perencanaan, dan implementasi yang telah diberikan kepada klien. Tahap ini bertujuan menilai efektivitas intervensi serta mengidentifikasi adanya kekurangan dalam proses asuhan keperawatan sehingga dapat dilakukan perbaikan secara optimal. Pada kasus nyeri akut pada

ibu postpartum seksio sesarea, evaluasi dilakukan menggunakan pendekatan SOAP berdasarkan tujuan dan kriteria hasil di luaran keperawatan (SLKI).

Evaluasi nyeri akut pada ibu postpartum seksio sesarea dilakukan menggunakan pendekatan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, Planning*) yang mengacu pada kriteria hasil dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dengan uraian sebagai berikut:

- a. Subjective (S): data subjektif meliputi keluhan yang disampaikan oleh ibu terkait nyeri pada area luka operasi seksio sesarea, seperti intensitas nyeri yang dirasakan, karakteristik nyeri (misalnya nyeri seperti tertarik atau tertekan), waktu munculnya nyeri, serta faktor yang memperberat atau mengurangi nyeri setelah dilakukan intervensi.
- b. Objective (O): Data objektif diperoleh melalui hasil observasi dan pemeriksaan, seperti ekspresi wajah meringis, sikap protektif (menghindari pergerakan yang menimbulkan nyeri), peningkatan frekuensi nadi, keterbatasan mobilisasi, serta respons ibu terhadap nyeri selama aktivitas.
- c. Assessment (A): Tahap ini merupakan analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan status masalah nyeri akut pada ibu postpartum seksio sesarea, apakah tujuan dan kriteria hasil yang disusun tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai
- d. Planning (P): Perawat menyusun rencana tindak lanjut berdasarkan hasil evaluasi, seperti melanjutkan intervensi manajemen nyeri (misalnya terapi relaksasi, distraksi, atau terapi nonfarmakologis lainnya), memberikan edukasi terkait manajemen nyeri, serta memodifikasi intervensi apabila kondisi pasien belum menunjukkan perbaikan yang optimal.

D. Intervensi Terapi Relaksasi Autogenik dengan Nyeri Akut pada Ibu Post Partum Seksio Sesarea

1. Pengertian terapi relaksasi autogenik

Terapi relaksasi autogenik adalah suatu metode relaksasi berbasis psikofisiologis (*psychophysiological therapy*) yang menggunakan terapi sugesti diri (*self-suggestion*) untuk menghasilkan keadaan relaksasi mendalam baik secara fisik maupun mental. Terapi ini dikembangkan untuk membantu individu mengontrol respons tubuh terhadap stres, kecemasan, dan nyeri melalui pengaruh pikiran terhadap sistem saraf otonom. Relaksasi autogenik bekerja dengan cara menginduksi sensasi berat (*heaviness*) dan hangat (*warmth*) pada anggota tubuh melalui pengulangan kalimat sugestif, sehingga menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas parasimpatis. Kondisi ini menyebabkan penurunan ketegangan otot, frekuensi denyut jantung, serta persepsi nyeri.

Terapi relaksasi autogenik dalam konteks keperawatan, termasuk terapi non-farmakologis yang efektif digunakan pada pasien pasca operasi, termasuk ibu post seksio sesarea, karena mampu membantu pasien mengendalikan respon terhadap nyeri melalui mekanisme kognitif dan fisiologis. Selain itu, secara teori modern, relaksasi autogenik juga berkaitan dengan konsep *mind-body connection*, yaitu interaksi antara pikiran dan tubuh dalam mengatur respons terhadap nyeri dan stres. Terapi ini memungkinkan pasien mencapai kondisi relaksasi dalam melalui kontrol kesadaran, sehingga meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap nyeri akut pasca operasi.

2. Manfaat relaksasi autogenik

Terapi relaksasi autogenik memiliki berbagai manfaat, terutama pada ibu post seksio sesarea yang mengalami nyeri akut, antara lain:

a. Menurunkan intensitas nyeri

Relaksasi autogenik membantu menurunkan nyeri dengan cara mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan pelepasan endorfin sebagai analgesik alami tubuh. Selain itu, terapi ini menghambat transmisi impuls nyeri ke sistem saraf pusat melalui mekanisme relaksasi dan distraksi.

b. Mengurangi kecemasan dan stress

Pada kondisi nyeri akut, tubuh mengalami peningkatan aktivitas simpatis (*fight or flight*). Relaksasi autogenik menekan aktivitas tersebut sehingga menimbulkan efek tenang, menurunkan tekanan darah, dan memperlambat denyut jantung.

c. Meningkatkan kenyamanan dan kualitas istirahat

Nyeri pasca operasi sering disertai kecemasan. Relaksasi autogenik terbukti efektif dalam menurunkan kecemasan melalui pengendalian pikiran dan sugesti positif, sehingga memperbaiki kondisi psikologis pasien.

d. Mempercepat proses pemulihan

Penurunan nyeri dan stres dapat mendukung proses penyembuhan luka serta meningkatkan mobilisasi pasien.

e. Meningkatkan kontrol diri terhadap nyeri

Pasien menjadi lebih mampu mengendalikan respon terhadap nyeri melalui sugesti positif.

3. Indikasi terapi relaksasi autogenik

Terapi relaksasi autogenik merupakan salah satu intervensi non-farmakologis yang digunakan dalam praktik keperawatan untuk membantu individu mencapai kondisi relaksasi melalui terapi autosugesti. Pendekatan ini bekerja dengan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas parasimpatis, sehingga tubuh mengalami keadaan rileks baik secara fisik maupun psikologis (Wardany dkk., 2025)

Penggunaan terapi relaksasi autogenik diindikasikan pada berbagai kondisi klinis yang berkaitan dengan gangguan psikologis maupun fisiologis. Pasien dengan kecemasan dan stres merupakan salah satu kelompok yang dapat memperoleh manfaat dari terapi ini. Pemberian relaksasi autogenik terbukti mampu membantu pasien dalam mengendalikan respons emosional, menurunkan tingkat kecemasan, serta meningkatkan perasaan tenang (Prasasti dkk., 2021)

Selain itu, terapi relaksasi autogenik juga diindikasikan pada pasien yang mengalami nyeri, baik nyeri akut maupun kronis. Intervensi ini berperan dalam menurunkan ketegangan otot dan meningkatkan ambang nyeri, sehingga persepsi nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang. Oleh karena itu, terapi ini sering digunakan sebagai terapi komplementer pada pasien pasca operasi maupun kondisi nyeri lainnya (Andriawan & Purwanti, 2025).

4. Kontra indikasi terapi relaksasi autogenik

Terapi relaksasi autogenik merupakan intervensi non-farmakologis yang relatif aman, namun dalam penerapannya tetap memerlukan pertimbangan kondisi pasien secara menyeluruh. Tenaga kesehatan perlu memperhatikan aspek psikologis dan kognitif pasien sebelum memberikan terapi ini. Pasien dengan gangguan psikiatri berat, seperti psikosis atau skizofrenia, tidak dianjurkan untuk mendapatkan terapi relaksasi autogenik karena terapi autosugesti yang digunakan berpotensi memperburuk gangguan persepsi realitas. Selain itu, pasien dengan gangguan kesadaran maupun gangguan kognitif berat juga bukan merupakan kandidat yang sesuai, mengingat terapi ini membutuhkan kemampuan konsentrasi, pemahaman instruksi, serta partisipasi aktif dari individu (Wardany et al., 2025).

Pada kondisi medis yang tidak stabil, seperti gangguan hemodinamik atau kondisi kritis, pemberian terapi relaksasi autogenik tidak menjadi prioritas utama dalam penatalaksanaan pasien. Intervensi medis yang bersifat emergensi harus didahulukan, sedangkan terapi relaksasi hanya dapat diberikan setelah kondisi pasien berada dalam keadaan stabil. Terapi ini juga kurang efektif diberikan pada pasien dengan tingkat nyeri yang sangat berat atau agitasi tinggi, karena kondisi tersebut dapat menghambat kemampuan pasien dalam berkonsentrasi selama proses relaksasi. Ketidakkoooperatifan pasien juga menjadi faktor penghambat keberhasilan terapi, mengingat efektivitas relaksasi autogenik sangat bergantung pada keterlibatan aktif individu dalam mengikuti instruksi dan melakukan autosugesti secara mandiri (Supriyanti dkk., 2025)).

5. Terapi relaksasi autogenik

Terapi relaksasi autogenik merupakan metode relaksasi berbasis autosugesti yang dilakukan dengan mengarahkan pikiran pada sensasi tubuh tertentu untuk menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan kondisi rileks secara fisik maupun psikologis. Intervensi ini umumnya dilakukan dalam durasi sekitar 15–20 menit dan terbukti efektif dalam membantu menurunkan stres, kecemasan, serta meningkatkan keseimbangan fisiologis tubuh. Kondisi keseimbangan fisiologis tersebut berperan dalam menurunkan respon stres tubuh, sehingga terjadi relaksasi otot dan penurunan ketegangan yang berdampak pada penurunan persepsi serta intensitas nyeri (Ramirez-garcia dkk., 2020)



Gambar 5. Ilustrasi Terapi Autogenik pada Ibu Post Seksio Sesarea

a. Persiapan alat dan bahan

Pada terapi relaksasi autogenik, penggunaan alat dan bahan bersifat minimal karena intervensi ini berfokus pada proses internal individu. Meskipun demikian, diperlukan fasilitas pendukung berupa tempat yang nyaman, seperti tempat tidur atau kursi dengan sandaran, untuk menunjang posisi relaksasi pasien. Selain itu, dapat digunakan media tambahan seperti musik relaksasi sebagai stimulus pendukung dalam menciptakan suasana yang kondusif,

meskipun penggunaannya bersifat opsional.

b. Persiapan pasien

Persiapan pasien meliputi pengaturan posisi tubuh yang nyaman, seperti posisi terlentang atau duduk dengan keadaan tubuh rileks. Pasien dianjurkan mengenakan pakaian yang longgar guna menghindari hambatan dalam proses pernapasan dan relaksasi. Selain itu, dilakukan pengkajian awal terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien, termasuk tingkat kecemasan, nyeri, serta kemampuan dalam berkonsentrasi. Pemberian informasi terkait tujuan dan prosedur terapi juga menjadi bagian penting dalam tahap ini, sehingga pasien dapat memahami dan berpartisipasi secara aktif selama intervensi berlangsung.

c. Persiapan lingkungan

Lingkungan yang kondusif merupakan faktor penting dalam mendukung keberhasilan terapi relaksasi autogenik. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengaturan lingkungan yang meliputi pencahayaan yang redup, suhu ruangan yang nyaman, serta pengendalian kebisingan agar pasien dapat lebih mudah mencapai kondisi relaksasi. Lingkungan yang tenang akan membantu meningkatkan konsentrasi dan efektivitas proses autosugesti yang dilakukan pasien

d. Persiapan perawat

Perawat sebagai pelaksana intervensi perlu memiliki pemahaman yang baik mengenai prosedur terapi relaksasi autogenik. Sebelum pelaksanaan terapi, perawat memberikan penjelasan kepada pasien mengenai tujuan, manfaat, dan tahapan terapi yang akan dilakukan. Berikut merupakan langkah – langkah prosedur terapi relaksasi autogenik:

Persiapan sebelum memulai latihan relaksasi autogenik:

- 1) Menjelaskan bahwa terapi relaksasi autogenik akan dilaksanakan selama 15 – 20 menit.
- 2) Beri salam dan panggil klien dengan namanya
- 3) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien dan keluarga
- 4) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- 5) Jaga privasi klien, memulai dengan cara yang baik
- 6) Tubuh diposisikan berbaring dengan kepala disangga menggunakan bantal dan mata dalam keadaan terpejam
- 7) Atur pernafasan hingga menjadi lebih teratur
- 8) Tarik nafas dalam - dalam kemudian hembuskan secara perlahan sambil mengucapkan dalam hati “saya damai dan tenang”

Langkah I: merasakan berat

- 1) Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat. Selanjutnya, secara bertahap bayangkan kedua lengan menjadi rileks, ringan, hingga terasa sangat ringan sambil mengucapkan dalam hati “saya merasa damai dan tenang sepenuhnya”
- 2) Lakukan hal yang sama pada kaki, perut dan seluruh anggota tubuh lainnya

Langkah II: merasakan kehangatan

- 1) Bayangkan aliran darah menyebar ke seluruh tubuh dan rasakan sensasi hangatnya, seperti saat merasakan minuman hangat, sambil mengucapkan dalam hati “saya merasa senang dan hangat”
- 2) Ulangi sebanyak enam kali
- 3) Ucapkan dalam hati “saya merasa damai dan tenang”

Langkah III: latihan pernafasan

- 1) Posisi kedua tangan senyaman mungkin

2) Ucapkan dalam hati “nafas saya longgar dan tenang”

Langkah IV: latihan abdomen

1) Posisikan kedua tangan tetap, kemudian rasakan aliran darah di area perut yang mengalir teratur dan memberikan sensasi hangat

2) Ucapkan dalam hati: darah yang mengalir di perut saya terasa hangat”

3) Ulangi sebanyak enam kali

4) Ucapkan dalam hati “saya merasa damai dan tenang”

Langkah V: latihan kepala

1) Posisikan tangan dengan posisi yang nyaman

2) Ucapkan dalam hati “kepala saya terasa benar – benar dingin “

3) Ulangi sebanyak enam kali

4) Ucapkan dalam hati “saya merasa damai dan tenang”

3) Ulangi sebanyak enam kali

Langkah VI: akhir latihan

Latihan relaksasi autogenik diakhiri dengan menggerakkan jari kaki dan jari tangan perlahan, kemudian menghembuskan nafas secara perlahan sambil membuka mata.

E. Intervensi Terapi Musik pada Nyeri Akut Ibu Postpartum Seksio Sesarea

1. Pengertian terapi musik

Terapi musik adalah suatu intervensi terapeutik yang menggunakan musik secara sistematis untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosional, kognitif, dan sosial individu. Dalam praktik klinis, terapi musik digunakan sebagai bagian dari terapi komplementer untuk mengurangi nyeri, kecemasan, dan stress. Secara neurofisiologis, musik bekerja dengan merangsang sistem limbik dan sistem saraf pusat yang berperan dalam regulasi emosi dan persepsi

nyeri. Musik juga dapat memicu pelepasan neurotransmitter seperti endorfin dan dopamin, yang berperan dalam menimbulkan rasa nyaman dan menurunkan persepsi nyeri.

Pada ibu post seksio sesarea, terapi musik digunakan sebagai metode distraksi yang efektif untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri, serta menciptakan kondisi relaksasi yang mendukung proses pemulihan. Secara teoritis, terapi musik juga didukung oleh konsep *gate control theory of pain*, di mana stimulasi sensorik (musik) dapat menghambat transmisi impuls nyeri ke otak, sehingga persepsi nyeri menjadi berkurang

2. Manfaat terapi musik

Terapi musik memiliki berbagai manfaat dalam penatalaksanaan nyeri akut, antara lain:

a. Menurunkan intensitas nyeri

Musik berfungsi sebagai distraksi yang mengalihkan perhatian pasien dari nyeri, sehingga menurunkan persepsi nyeri yang dirasakan. Selain itu, musik meningkatkan pelepasan endorfin yang berperan sebagai analgesik alami.

b. Mengurangi kecemasan dan stress

Terapi musik memberikan efek relaksasi emosional dengan menstimulasi sistem limbik, sehingga menurunkan hormon stres seperti kortisol.

c. Meningkatkan relaksasi fisiologis

Musik dapat menurunkan frekuensi napas, denyut jantung, dan tekanan darah, sehingga tubuh menjadi lebih rileks dan nyaman.

d. Meningkatkan kualitas tidur

Pasien yang mendapatkan terapi musik cenderung memiliki kualitas tidur yang lebih baik karena kondisi tubuh yang lebih tenang.

e. Meningkatkan kenyamanan dan kesejahteraan pasien

Musik memberikan efek psikologis positif berupa perasaan nyaman, bahagia, dan tenang, yang penting dalam masa pemulihan.

f. Mendukung proses pemulihan pasca operasi

Dengan menurunnya nyeri dan stres, pasien dapat lebih cepat mobilisasi dan beradaptasi dengan kondisi pasca operasi

3. Indikasi terapi musik

Terapi musik merupakan salah satu intervensi non-farmakologis yang digunakan dalam praktik keperawatan untuk memberikan efek terapeutik pada aspek fisik dan psikologis pasien. Secara fisiologis, terapi musik mampu memengaruhi sistem saraf otonom dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan respons relaksasi, sehingga pasien dapat merasakan kondisi yang lebih tenang dan nyaman. Penggunaan terapi musik dalam pelayanan kesehatan telah banyak dikembangkan sebagai terapi komplementer untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien (Hedayati dkk., 2023)

Pemberian terapi musik diindikasikan pada pasien dengan kecemasan dan stres, karena intervensi ini dapat membantu mengalihkan perhatian serta menstimulasi respons emosional yang positif. Selain itu, terapi musik juga digunakan pada pasien dengan nyeri, baik nyeri akut maupun kronis, karena musik berperan sebagai distraksi yang mampu menurunkan persepsi nyeri. Terapi musik juga dapat diberikan pada pasien dengan gangguan tidur, karena efek relaksasi yang dihasilkan dapat membantu meningkatkan kualitas tidur

(Ding dkk., 2021)

4. Kontra indikasi terapi musik

Pemberian terapi musik, meskipun relatif aman, tetap memerlukan pertimbangan kondisi pasien secara menyeluruh. Terapi musik tidak dianjurkan pada pasien dengan gangguan pendengaran berat, karena keterbatasan dalam menerima stimulus suara dapat menghambat efektivitas intervensi yang diberikan. Selain itu, pada pasien dengan kondisi tertentu seperti agitasi berat atau sensitivitas terhadap suara, penggunaan musik berpotensi menimbulkan ketidaknyamanan atau memperburuk kondisi emosional pasien (Kamioka et al., 2020)).

5. Terapi relaksasi musik

Terapi musik merupakan intervensi non-farmakologis yang menggunakan stimulus suara berupa musik untuk menghasilkan efek relaksasi dan meningkatkan kenyamanan pasien.



Gambar 6 Ilustrasi Terapi Musik pada Ibu Post Seksio Sesarea

a. Persiapan alat dan bahan

Persiapan alat dalam terapi musik meliputi perangkat pemutar musik, seperti telepon genggam, speaker, atau headphone, yang digunakan untuk menyampaikan stimulus musik kepada pasien. Selain itu, diperlukan pilihan musik yang sesuai, umumnya berupa musik dengan tempo lambat dan irama yang menenangkan, guna mendukung proses relaksasi. Penggunaan alat bantu seperti headphone dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan fokus pasien terhadap stimulus musik serta meminimalkan gangguan dari lingkungan sekitar.

b. Persiapan pasien

Persiapan pasien dilakukan dengan mengatur posisi yang nyaman, seperti posisi terlentang atau duduk dengan tubuh rileks. Pasien dianjurkan berada dalam kondisi tenang dan tidak terganggu oleh aktivitas lain. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian awal terkait kondisi pasien, seperti tingkat nyeri, kecemasan, serta preferensi terhadap jenis musik, karena kesesuaian musik dengan preferensi individu sangat memengaruhi efektivitas terapi. Pasien juga perlu diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur terapi agar dapat berpartisipasi secara optimal selama intervensi berlangsung.

c. Persiapan lingkungan

Lingkungan yang kondusif menjadi faktor penting dalam keberhasilan terapi musik. Oleh karena itu, perlu dilakukan pengaturan lingkungan yang meliputi pencahayaan yang cukup, suhu ruangan yang nyaman, serta pengendalian kebisingan agar pasien dapat lebih fokus pada stimulus musik yang diberikan. Lingkungan yang tenang akan mendukung proses relaksasi dan meningkatkan efektivitas terapi.

d. Persiapan perawat

Perawat sebagai pelaksana intervensi perlu memiliki pemahaman yang baik mengenai prosedur terapi musik. Sebelum pelaksanaan terapi, perawat memberikan penjelasan kepada pasien terkait tujuan dan manfaat terapi, serta memastikan kesiapan pasien untuk mengikuti intervensi. Berikut merupakan langkah – langkah prosedur terapi music antara lain:

- 1) Beri salam dan panggil klien dengan namanya
- 2) Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien dan keluarga
- 3) Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- 4) Jaga privasi klien, memulai dengan cara yang baik
- 5) Menetapkan perubahan pada prilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan yaitu relaksasi dan mengurangi rasa sakit
- 6) Menetapkan ketertarikan klien terhadap music
- 7) Identifikasi pilihan musik klien
- 8) Berdiskusi dengan klien dengan tujuan berbagi pengalaman dalam music
- 9) Pilih pilihan musik yang mewakili pilhan musik klien
- 10) Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman
- 11) Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan music
- 12) Pastikan tape music/CD/speaker/handphone dan perlengkapan dalam kondisi baik
- 13) Dukung dengan headphone dan earphone/headset jika diperlukan
- 14) Menjelaskan bahwa terapi musik akan dilaksanakan selama 15 – 20 menit, kemudian music akan dihentikan setelah waktu terapi selesai

- 15) Atur volume music agar nyaman untuk pasien
- 16) Berikan terapi musik selama 15 – 20 menit
- 17) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 18) Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien