BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Persalinan *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Persalinan dengan metode *sectio caesarea* (SC) merupakan prosedur yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim ibu. Prosedur ini melibatkan pembuatan sayatan pada dinding perut dan rahim, umumnya diterapkan ketika persalinan vaginal dianggap berisiko atau tidak memungkinkan. Tujuan utama dari *sectio caesarea* adalah untuk menjamin keselamatan ibu maupun janin, terutama dalam situasi medis tertentu yang memerlukan tindakan tersebut (Sudanningsih, Novitasari, & Budi, 2025).

Persalinan dengan metode *sectio caesarea* adalah sebuah tindakan bedah yang dilakukan dengan membuat potongan pada dinding rahim ibu hamil dengan tujuan untuk melahirkan dan mengambil bayi sekaligus menjaga keselamatan ibu dan bayi (Mitasari, Hamrani, & Chori Elsera, 2025)

2. Indikasi dan kontraindikasi

Persalinan *sectio caesarea* tidak boleh dilakukan tanpa indikasi yang jelas dari bidan atau dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Indikasi untuk tindakan *sectio* caesarea dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori (Sugito, Ta'adi, & Djamalludin Ramian, 2022).

a. Indikasi Maternal

1) Komplikasi kehamilan: seperti preeklamsi atau eklamsia, disproporsi kepala-panggul (CPD), plasenta preveria, solusio plasenta, infeksi, anemia dan riwayat SC atau kehamilan sebelumnya.
2) Penyakit maternal: seperti penyakit jantung, hipertensi berat, atau gangguan lainnya yang membahayakan kondisi ibu
3) Faktor psikologis: kecemasan ekstrem ibu terhadap persalinan pervaginam yang menyebabkan gangguan kontraksi dan memperpanjang durasi persalinan.

b. Indikasi Janin

Sectio caesarea pada dasarnya dilakukan atas indikasi medis yang memerlukan pembedahan, sehingga kontraindikasi mutlak jarang terjadi. Namun, terdapat kontraindikasi relatif terkait resiko tinggi bagi ibu atau janin, yang menuntut pertimbangan matang terhadap manfaat dan risikonya sebelum keputusan diambil. Berikut merupakan beberapa kondisi yang perlu diperhatikan sebelum melakukan *sectio caesarea*, yaitu:

1) Kondisi medis ibu yang membuat anestesi berisiko tinggi
2) Gangguan pembekuan darah yang parah
3) Infeksi akut di area perut atau rongga perut
4) Plasenta implantasi abnormal *(acreta, increta, percreta*)
5) Janin yang tidak viable atau lahir mati *(intrauterine fetal demise*)
6) Bayi sangat prematur tanpa indikasi medis mendesak

3. Manifestasi Klinis

Nyeri merupakan manifestasi utama pada pasien *post sectio caesarea* yang memicu aktivasi saraf simpatis sehingga meningkatkan frekuensi dan kekuatan kontraksi jantung yang tercermin pada perubahan respon fisiologis seperti peningkatan tekanan darah dan denyut nadi. Sensasi nyeri ini merangsang pelepasan kortisol, adrenokortikotropin, dan katekolamin yang dapat menghambat sekresi insulin dan memperlambat proses penyembuhan luka operasi. Manifestasi klinis lain pasca operasi *sectio caesarea* mencakup kontraksi lemah fundus uteri yang teraba pada regio umbilikus, kehilangan volume darah selama prosedur pembedahan, perubahan status emosional seperti kecemasan, mual dan muntah akibat pengaruh anestesi. (Sugito, Ta'adi, & Djamalludin Ramian, 2022).

4. Risiko Tindakan *Sectio Caesarea*

Meskipun *sectio caesarea* dapat menyelamatkan nyawa dalam banyak situasi, tindakan ini juga memiliki beberapa risiko yang perlu diperhatikan. Risiko ini dapat dibagi menjadi risiko jangka pendek dan jangka panjang.

a. Risiko jangka pendek
    1) Infeksi: ada kemungkinan terjadinya infeksi pada area sayatan, rahim, atau organ lain.
    2) Pendarahan: komplikasi ini dapat terjadi selama atau setelah pembedahan dan mungkin memerlukan transfusi darah
    3) Reaksi terhadap anestesi: efek samping atau komplikasi terkait anestesi seperti mual dan muntah, sakit kepala, atau reaksi alergi.
    4) Cedera organ: risiko cedera pada organ sekitar seperti kandung kemih atau usus selama prosedur
    5) Thrombosis vena dalam (DVT): risiko pembekuan darah yang dapat terjadi setelah pembedahan yang dapat berpotensi bahaya.
b. Risiko jangka Panjang
    1) Kelahiran prematur pada kehamilan selanjutnya; ibu yang menjalani *sectio caesarea* mungkin berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi pada kehamilan berikutnya.
    2) Plasenta previa atau akreta: kehamilan selanjutnya dapat menghadapi risiko masalah dengan plasenta, yang dapat menyebabkan pendarahan serius.
    3) Luka operasi: Kesehatan jangka panjang dapat dipengaruhi oleh luka atau jaringan parut di area perut.
c. Risiko emosional dan psikologis

    Kecemasan dan depresi: beberapa wanita mungkin mengalami perasaan cemas atau depresi pasca *sectio caesarea* terutama jika mereka memiliki harapan untuk melahirkan secara pervaginam.

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

International Assosiation for Study of Pain (1979) mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang bersifat subjektif serta tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan

yang bersifat aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. (Prasetyo, 2023).

Nyeri merupakan mekanisme protektif bagi tubuh, yang timbul bila jaringan rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri tersebut. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan yang telah atau akan terjadi yang digambarkan dengan kata-kata kerusakan jaringan (Mahendra, 2022).

2. Etiologi

Menurut Alliance, W. (2020), sebagaimana dikutip dalam La Isa, (2023) menyatakan nyeri terjadi dari beberapa aspek yaitu:

a. Trauma
   1) Mekanik rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan, luka dan lain-lain.
   2) Thermis nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, dingin, missal karena api dan air.
   3) Khemis timbul karena kntak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.
   4) Elektrik timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.
b. Neoplasma
   1) Jinak
   2) Ganas
c. Peradangan nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya abses.
d. Gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah
e. Trauma psikologis

3. Klasifikasi Nyeri

Menurut La Isa, Irmayani, & Yusnaeni, (2023) terdiri 4 macam nyeri meliputi:

a. Berdasarkan sumbernya nyeri dibagi menjadi 3 yaitu:
   1) *Cutaneus superficial*, yaitu nyeri yang mengenai jaringan subkutan, biasanya bersifat *burning* (seperti terbakar). Contoh: terkena ujung pisau atau gunting.
   2) *Deepsomatic* (nyeri dalam), yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan saraf, menyebar dan lebih lama dari cutaneus. Contoh: sprain sendi
   3) *Visceral* (pada organ dalam), yaitu stimulasi reseptor nyeri di dalam rongga abdomen, cranium, thorax, biasanya terjadi karena spasme otot, iskemia.
b. Berdasarkan penyebab nyeri dibagi 2 yaitu:
   1) Nyeri fisik, bisa terjadi karena stimulasi fisik. Contoh fraktur femur
   2) Nyeri psikogenik, terjadi karena sebab yang kurang jelas atau susah diidentifikasi, bersumber dari emosi atau psikis dan biasanya tidak disadari. Contoh: orang yang marah tiba-tiba merasa nyeri pada dadanya
c. Berdasarkan lama atau durasinya nyeri dibagi menjadi 2 yaitu:
   1) Nyeri akut adalah nyeri dengan tanda inflamsi, biasanya berlangsung beberapa hari sampai proses penyembuhan.
   2) Nyeri kronik adalah nyeri tanpa tada inflamasi, waktu berlangsungnya lama atau merupakan ikutan dari proses akut, dimana nyeri masih berlangsung meskipun kerusakan jaringan sudah sembuh.
d. Berdasarkan lokasi atau letak nyeri dibagi menjadi 4 yaitu:
   1) *Radiating pain*: nyeri yang menyebar dari sumber nyeri ke jaringan yang di dekatnya. Contoh: nyeri cardiac
   2) *Referred pain*: nyeri dirasakan pada bagian tubuh tertentu yang diperkirakan berasal dari jaringan penyebab
   3) *Intercable pain*: nyeri yang susah dihilangkan. Contoh: nyeri kanker maligna

4) *Phantom pain*: nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang hilang. Contohnya bagian tubuh yang diamputasi

e. Berdasarkan derajat nyeri

1) Nyeri ringan

Nyeri ringan adalah nyeri yang muncul dengan intensitas nyeri ringan. Umunya pasien yang mengalami nyeri ringan diiamati secara objektif masih dapat berkomunikasi dengan baik.

2) Nyeri sedang

Nyeri yang muncul dengan intensitas sedang. Jika diamati secara objektif pasien terlihat meringis, menyeringai, dapat menunjukkan tempat nyeri serta mampu menggambarkannya serta masih dapat mengikuti perintah dengan baik.

3) Nyeri berat

Nyeri berat adalah nyeri yang muncul sangat intens. Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih berespon terkait tindakan, mampu menunjukkan tempat nyeri namun tidak mampu menjelaskannya, tidak dapat diatasi dengan mengubah posisi atau melakukan nafas dalam.

4. Fisiologi dan Respon Nyeri

Nyeri melibatkan tiga komponen fisiologis utama: resepsi (proses transmisi nyeri), persepsi (kesadaran individu terhadap nyeri), dan reaksi (respon fisiologis serta perilaku setelah memproses resepsi). Resepsi dimulai ketika stimulus seperti mekanik, termal, atau kimiawi mengenai tubuh, yang memicu pelepasan substansi kimia seperti histamin, bradikinin, dan kalium. Substansi ini merangsang nosiseptor hingga mencapai ambang nyeri, sehingga menghasilkan impuls saraf yang ditransmisikan oleh serabut saraf perifer tipe A delta (untuk nyeri cepat dan tajam) atau tipe C (untuk nyeri lambat dan tumpul). Impuls tersebut berjalan ke cornu dorsalis di medulla spinalis, yang kemudian melepaskan neurotransmitter seperti substansi P untuk memfasilitasi transmisi sinaptik ke struktur spinotalamik, diolah dan memicu reflek protektif, seperti

menarik tangan dari permukaan panas setrika untuk menghindari sensasi terbakar (La Isa, Irmayani, & Yusnaeni, 2023)

Respons fisiologi terhadap nyeri bervariasi berdasarkan intensitasnya. Nyeri ringan, moderat, dan superfisial merangsang sistem simpatik, yang menyebabkan dilatasi saluran bronkial serta peningkatan laju respirasi, peningkatan denyut jantung, vasokonstriksi perifer dan tekanan darah, peningkatan kadar glukosa darah, diaphoresis, peningkatan kekuatan otot, dilatasi pupil, serta penurunan motilitas saluran gastrointestinal. Sebaliknya, nyeri berat dan dalam memicu respons parasimpatik, seperti pucatnya wajah, pengerasan otot, penurunan denyut jantung dan tekanan darah, serta respirasi cepat dan tidak teratur.

Selain respon fisiologis, nyeri juga memicu respon perilaku, yang mecakup pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur), ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, dan menggigit bibir), gerakan tubuh (gelisah, imobilitas, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan), serta interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian, atau fokus pada aktivitas yang menghilangkan nyeri).

Respon individu berbeda tergantung pada durasi nyeri: nyeri mendadak memicu reaksi intens, sedangkan nyeri kronis menyebabkan keletihan ekstrem, sehingga pasien mungkin tertidur meskipun mengalami nyeri hebat atau tampak rilkes karena telah terampil dalam mengalihkan perhatian dari nyeri.

5. Faktor yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Menurut La Isa, Irmayani, & Yusnaeni, (2023) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri, yaitu:

a. Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan

mereka takut kalua mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

b. Jenis kelamin

Laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (contoh; tidak pantas kalau laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri).

c. Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana harusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu tempat daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

d. Makna nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana mengatasinya.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun..

f. Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

g. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri di masa lampau dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

h. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang *maladaptive* akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

i. Support keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan.

6. Pengkajian Nyeri

Dalam penanganan nyeri, perawat terlebih dahulu mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Hal ini dikarenakan nyeri merupakan pengalaman interpersonal, sehingga perawat harus menanyakan secara langsung kepada klien. Menurut Ekawati & Desmawati, (2022) metode yang dapat digunakan untuk mengkaji nyeri adalah dengan metode PQRST. metode ini meliputi:

a. *Provoking*

Provocation merupakan penyebab dari rasa nyeri yang timbul atau dirasakan, kapan waktu merasakan nyeri dan apa yang memperberat rasa nyeri yang dirasakan.

b. *Quality*

Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan, apakah terasa seperti tertusuk, terbakar, tertimpa benda berat atau terasa seperti tertekan

c. *Region*

Daerah dimana nyeri yang dirasakan, bagaimana karakteristik dari nyeri apakah menjalar, menyebar atau berpindah tempat.

d. *Severity scale*

Skala dari nyeri seberapa parah rasa nyeri dirasakan. Skala nyeri dirasakan dari 0 hingga 10.

e. *Time*

Time merupakan waktu dari nyeri yang dirasakan dan berapa lama nyeri dirasakan. Apakah nyeri terus menerus atau hilang timbul.

7. Alat Ukur Intensitas Nyeri

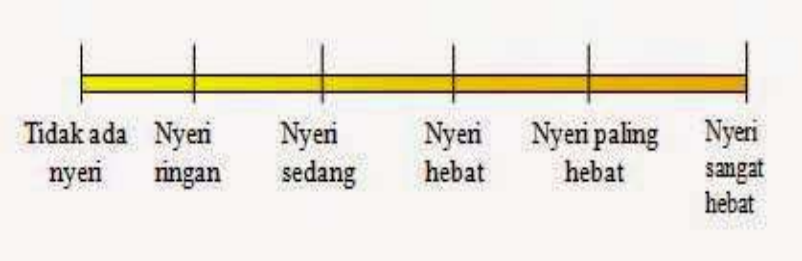
Intensitas nyeri merupakan representasi tingkat keparahan nyeri yang dialami oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan bahwa nyeri dengan intensitas yang

sama dapat dirasakan secara berbeda oleh dua individu yang berbeda (Ekawati & Desmawati, 2022).

Pengukuran nyeri melalui pendekatan objektif yang paling layak dilakukan adalah dengan memanfaatkan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri tersebut. Meskipun demikian, teknik pengukuran ini tidak mampu memberikan gambaran yang akurat mengenai nyeri. Penilaian skala nyeri pasca *sectio caesarea* setara dengan penilaian nyeri secara umum. Menurut Sugito, Ta'adi, & Djamalludin Ramian, (2022) Pengukuran skala nyeri dapat dilakukan dengan cara:

a. Skala intensitas nyeri deskriptif / VRS (*verbal rating scale)*

   Skala deskriptif adalah skala yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri secara objektif. *Verbal rating Scale* (VRS) digambarkan dalam bentuk garis yang tersusun dari 3-5 kata dengan jarak yang sama antara satu sama lain sepanjang garis. Skala ini terdiri dari garis yang menunjukkan "tidak terasa nyeri" sampai garis yang menunjukkan "nyeri yang tidak tertahankan'. Perawat dapat menunjukkan kepada klien skala tersebut dan kemudian meminta klien untuk menunjukkan dimana intensitas nyeri yang dirasakannya (Ekawati & Desmawati, 2022).

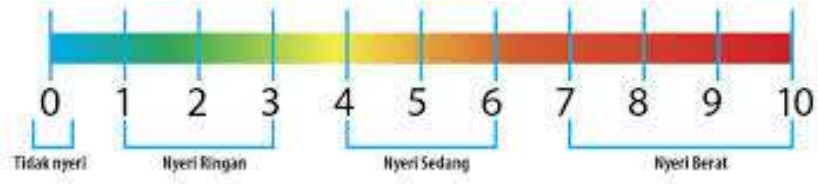


Gambar 2.1 *Verbal Rating Scale*

b. Skala intensitas nyeri numerik

   Skala numerik atau *Numerical Rating Scale* (NRS) sering digunakan sebagai alat ukur nyeri selain dengan *Verbal Descriptive Scale.* Skala numerik menggunakan angka 0-10 untuk menilai nyeri yang dirasakan oleh pasien. Skala numerik merupakan skala yang paling efektif untuk

digunakan untuk pengkajian nyeri pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi (Ekawati & Desmawati, 2022).



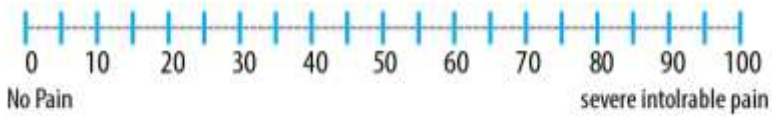
Gambar 2.2 *numeric rating scale*

Keterangan:

0: tidak nyeri, 1-3: nyeri ringan: secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik. 4-6: nyeri sedang; secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. 7-9: nyeri berat: secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhdap tindakan, dapat menunjukkan Lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas Panjang dan distraksi. 10: nyeri sangat berat: pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c. Skala analog visual

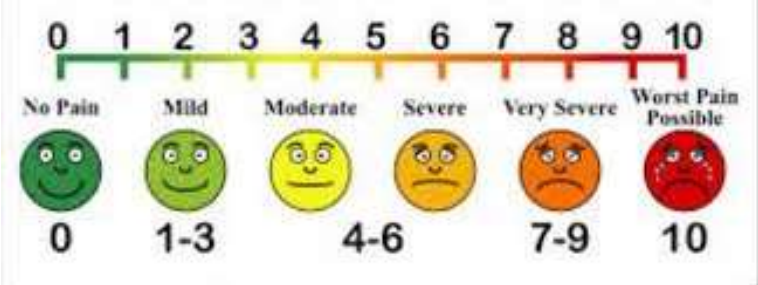
Skala analog visual atau *Visual Analog Scale* (VAS) merupakan skala pengukuran nyeri dengan menggunakan suatu garis lurus sepanjang 10 cm megintepretasikan nyeri yang dirasakan terus-menerus. Pengukuran nyeri dilakukan dengan meminta pasien untuk menunjukkan titik dimana merasakan nyeri sepanjang garis. Pada ujung kiri garis terdapat tanda “tidak merasa nyeri” dan pada ujung kanan menunjukkan “nyeri yng sangat berat”. Penilaian hasil untuk mengukur nyeri menggunakan penggaris yang diletakkan sepanjang garis dan disesuaikan dengan titik yang telah ditunjukkan oleh pasien dan ditulis dalam sentimeter (Sugito, Ta'adi, & Djamalludin Ramian, 2022).



Gambar 2.3 *Visual Analog Scale*

d. Faces Analog Scale

Skala ini digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri, terdiri dari enam wajah kartun yang diurutkan dari seorang yang tersenyum (tidak ada rasa sakit), meningkat wajah yang kurang bahagia hingga ke wajah yang sedih, dan wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk) (Sugito, Ta'adi, & Djamalludin Ramian, 2022).



Gambar 2.4 *Faces Analog Scale*

C. Konsep Dasar Teknik Relaksasi *Slow Deep Breathing*

1. Definisi

Slow deep breathing merupakan metode latihan relaksasi yang melibatkan teknik pernapasan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat dengan menahan inspirasi secara maksimal dan menghembuskan nafas secara perlahan (Mahmudi & Dinaryanti, 2022).

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu intervensi non-farmakologis yang dilakukan dengan mengatur pola napas secara perlahan, dalam, dan teratur menggunakan pernapasan diafragma atau napas perut. Teknik ini dilakukan dengan menciptakan suasana rileks, dimana pasien dianjurkan untuk memejamkan mata, menarik napas secara perlahan

melalui hidung, kemudian menghembuskannya secara perlahan melalui mulut sambil merasakan sensasi kenyamanan pada tubuh. Penerapan teknk relaksasi *slow deep breathing* dapat membantu meningkatkan rasa tenang, menurunkan ketegangan fisik dan psikologis, serta mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri. (Rokhmah, et al., 2026)

2. Manfaat

   Teknik relaksasi *slow deep breathing* dapat membantu pasien mengalihkan fokus dari rasa nyeri, meningkatkan relaksasi otot, serta menurunkan ketegangan fisik dan psikologis (Rokhmah, et al., 2026). Relaksasi *slow deep breathing* menurunkan aktifitas saraf simpatis, meningkatkan aktifitas saraf parasimpatis, dan peningkatan relaksasi tubuh, kondisi ini dapat menurunkan aktifitas metabolisme yang menyebabkan kebutuhan otak akan oksigen berkurang sehingga dapat menurunkan respon nyeri terhadap tubuh (Mahmudi & Ratna Sari Dinaryanti, 2022).

   Menurut Smeltzer & Bare (2002) adapun manfaat dari relaksasi *slow deep breathing* antara lain: meningkatkan efektifitas batuk dan ventilasi alveoli serta mengurangi stress baik fisik maupun psikologis salah satunya kecemasan. Selain itu terapi relaksasi *slow deep breathing* juga dapat memberikan perasaan tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot-otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri dan relaksasi napas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian. (Andriani & Desmawati, 2022)

3. Mekanisme kerja Relaksasi *Slow Deep Breathing* Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri

   Relaksasi *slow deep breathing* merupakan suatu teknik latihan pernapasan yang terbentuk dari teknik pernapasan yoga yang dikembangkan. *Slow deep breathing* merupakan salah satu cara yang dapat membantu pasien untuk melepaskan endorphin. Endorfin dan enkefallin berfungsi sebagai neurotransmitter analgesik, sehingga setelah dibebaskan dari jalur analgesik desenden akan berikatan dengan reseptor opiat diujung

serat nyeri aferen. Peningkatan akan ini menekan pelepasan substansi P melalui inhibisi prasinaps, sehingga transmisi nyeri dihambat. Jadi apabila endorfin dan enkefalin yang dikeluarkan banyak, maka akan banyak pula substansi P yang terikat, sehingga nyeri dapat berkurang. (Mahmudi & Ratna Sari Dinaryanti, 2022)

4. Indikasi

   Teknik relaksasi *slow deep breathing* dapat diterapkan pada berbagai kondisi klinis yang memerlukan pengendalian gejala serta peningkatan fungsi pernapasan. Intervensi ini umumnya diberikan kepada pasien dengan kondisi sebagai berikut:

   a. Nyeri
   b. Dipsnea
   c. Produksi sputum yang berlebih
   d. Pasien dengan batuk yang tidak efektif

5. Kontraindikasi

   Meskipun relaksasi *slow deep breathing* memiliki berbagai manfaat, teknik ini tidak dianjurkan pada beberapa kondisi tertentu karena dapat memperburuk keadaan pasien atau meningkatkan risiko komplikasi. Adapun kondisi yang menjadi kontraindikasi meliputi:

   a. Hemoptisis
   b. Tension pneumotoraks
   c. Gangguan kardiovaskuler
   d. Edema paru
   e. Efusi pelura yang luas

6. Posisi Relaksasi *Slow Deep Breathing*

   Beberapa posisi yang dapat digunakan dalam melakukan relaksasi *slow deep breathing* antara lain (Andriani & Desmawati, 2022):

   a. Posisi relaksasi dengan berbaring terlentang. Kedua tungkai kaki lurus dan terbuka sedikit, kedua tangan rileks disamping bawah lutut dan kepala diberi bantal.

b. Posisi relaksasi dengan berbaring miring. Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tdak menggantung.
c. Posisi relaksasi dengan duduk. Duduk membungkuk, kedua lengan diatas sandaran kursi atau diatas tempat tidur, kedua kaki tidak boleh menggantung.

7. Standar Operasional Prosedur Tenik Relaksasi *Slow Deep Breathing*

Tabel 2.1 SOP Teknik Relaksasi *Slow Deep Breathing*

No	**Standar Operasional**	**Teknik Relaksasi *Slow Deep Breathing***
1.	Definisi	Teknik relaksasi *slow deep breathing* merupakan pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas.
2.	Tujuan	1. Menurunkan konsumsi oksigen 2. Menurunkan ketegangan otot 3. Menurunkan tekanan darah, nafas dan nadi 4. Meningkatkan konsentrasi pada suatu ide 5. Meminimalkan perhatian pada stimulus eksternal 6. Membuat perubahan posisi tubuh yang rileks
3.	Indikasi	1. Nyeri pasca operasi 2. Nyeri punggung 3. Pasien dengan nyeri kronis
4.	Waktu	5-10 menit dengan 15 siklus pernapasan
5.	Prosedur	A. Pengkajian Kaji kemampuan pasien dalam mengikuti tindakan relaksasi *slow deep breathing* B. Perencanaan 1. Persiapan alat • Buku kecil dan alat tulis • Lembar observasi • *Stopwatch Digital*

		2. Persiapan klien dan lingkungan • Jelaskan pada keluarga tujuan tindakan yang akan dilakukan • Mengatur posisi klien • Ciptakan lingkungan yang tenang atau nyaman C. Pelaksanaan 1. Relaksasi *slow deep breathing* • Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman • Jelaskan tentang prosedur dan tindakan yang akan dilakukan 2. Atur posisi pasien sedemikian rupa agar rileks (posisi dapat duduk atau berbaring): a. Posisi duduk • Duduk dengan seluruh punggung bersandar pada kursi • Letakkan kaki datar pada lantai • Gantungkan lengan pada sisi/letakkan pada lengan kursi • Pertahankan kepala sejajar dengan tulang belakang b. Posisi berbaring • Letakkan kaki terpisah satu sama lain dengan jari-jari kaki agak merenggang lurus kearah luar • Letakkan lengan pada sisi tanpa menyentuh sisi tubuh • Pertahankan kepala sejajar dengan tulang kepala • Gunakan bantal yang tipis dan kecil dibawah kepala 3. Anjurkan pasien untuk memejamkan mata

		4. Instruksikan pasien menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahannya selama 2 detik, dan menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut selama 8 detik. Merasakan telapak tangan dan kaki terasa tidak tegang. 5. Relaksasi dilakukan selama 5-10 menit, dengan 15 siklus pernapasan. Setiap 5 siklus pernapasan diselingi dengan jeda istirahat selama 30-35 detik. 6. Menjaga konsentrasi dengan memejamkan mata dan fokus pada area yang sakit. 7. Rapikan pasien D. Evaluasi Observasi keadaan klien selama tindakan E. Dokumentasi 1. Perawat yang melakukan 2. Waktu tindakan

Sumber: (KK, I. F. J, *et al.,* 2025; Sekar Arum *et al*., 2025)

D. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Benson

1. Definisi

Teknik relaksasi benson merupakan salah satu metode yang dikembangkan oleh Herbert Benson, yaitu seorang ahli peneliti dari fakultas kedokteran Harvard yang mengkaji efektifitas doa dan meditasi. Teknik ini melibatkan pengucapan kata-kata tertentu secara berulang-ulang, disertai unsur keyakinan iman terhadap agama dan Tuhan yang maha kuasa, guna mencapai kondisi relaksasi yang nyaman dan rileks. Metode tersebut menekankan pengungkapan ungkapan-ungkapan tertentu yang memiliki ritme teratur, dapat diulang secara konsisten disertai berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa (Sulistiawati , Make, Primadevi, & Puspita, 2025)

Teknik relaksasi benson merupakan suatu metode relaksasi yang diintegrasikan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, yang mampu menciptakan suatu lingkungan internal sehingga membantu pasien dalam

mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan lebih optimal. Relakasi benson akan menghambat aktifitas sistem saraf simpatik, yang berpotensi menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh, sehingga menghasilkan kondisi relaksasi, kenyamanan dan sensasi ketenangan pada tubuh (Novianti & Trisetiyaningsih, 2025)

Teknik relaksasi ini merupakan suatu upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu titik fokus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu. Metode ini dapat dilaksanakan dengan bantuan seorang mentor atau secara mandiri. Relaksasi ini diperlukan keyakinan dari pasien untuk menciptakan suatu lingkungan yang tenang. Pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan secara berulang harus dilakukan dengan ritme teratur. Selain itu, relaksasi benson juga mengintegrasikan teknik latihan napas. Melalui latihan napas yang teratur dan dilakukan dengan benar, tubuh akan mencapai tingkat relaksasi yang lebih dalam, menghilangkan ketegangan saat mengalami stress, serta terbatas dari ancaman.

2. Mekanisme kerja Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri

Relaksasi benson merupakan pengembangan dari metode respons relaksasi pernapasan yang melibatkan faktor keyakinan pasien, yang mampu menciptakan suatu lingkungan internal sehingga memfasilitasi pasien dalam mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan yang lebih optimal. Mekanisme kerja teknik relaksasi benson ini melibatkan fokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan secara berulang dengan ritme teratur, disertai dengan sikap pasrah pada Tuhan Yang Maha Esa sambil menarik nafas dalam.

Relaksasi benson bekerja melalui mekanisme penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis. Saat pasien melakukan napas dalam, memusatkan pikiran, dan mengulang kata yang menenangkan, sistem limbik, terutama hipotalamus dan amigdala mengalami penurunan stimulasi menjadi lebih tenang. Kondisi tersebut menyebabkan berkurangnya sekresi hormon stress seperti adrenalin dan kortisol. Kondisi ini menurunkan ketegangan emosional dan meningkatkan

ambang batas nyeri. Selain itu, hipotalamus dan kelenjar pituitari merangsang pelepasan endorfin yang berperan sebagai analgesik alami dengan cara menghambat transmisi impuls nyeri. Aktivasi sistem saraf parasimpatis juga memicu terjadinya vasodilatasi perifer yang meningkatkan aliran darah dan oksigenasi jaringan, sehingga membantu mengurangi ketegangan otot dan rasa nyeri. Secara bersamaan, terjadi penurunan tekanan darah dan denyut jantung, menandakan tubuh berada dalam keadaan rileks (Mitasari, Hamrani, & Chori Elsera, 2025).

3. Manfaat

Relaksasi Benson memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan fisik maupun psikologis, antara lain:

a. Ketentraman hati, berkurangnya rasa khawatir, cemas dan gelisah
b. Menurunkan tekanan dan ketegangan jiwa
c. Menurunkan tekanan darah dan detak jantung
d. Meningkatkan ketahanan terhadap penyakit
e. Tidur menjadi lebih lelap
f. Meningkatkan kesehatan mental
g. Daya ingat lebih baik
h. Meningkatkan daya berpikir logis
i. Meningkatkan keyakinan
j. Meningkatkan rasa nyaman

4. Prinsip dan Tahapan Pelaksanaan Relaksasi Benson

Dalam buku *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief* (Scribner, 1996) Marg Stark dan Benson, (Abu Maloh, et al., 2024) terdapat dua komponen utama yang diperlukan untuk mencetuskan respons relaksasi, yaitu:

1. Pengulangan kata, bunyi, frasa, doa, atau aktivitas otot tertentu
2. Mengabaikan secara pasif pikiran sehari-hari yang muncul secara spontan, kemudian mengalihkan fous perhatian pada pengulangan tersebut.

Berdasarkan prinsip tersebut, teknik relaksasi Benson dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Pilih satu kata fokus, frasa singkat, atau doa yang memiliki akar kuat dalam sistem kepercayaan pribadi anda.
2. Duduklah dalam posisi yang nyaman dan tenang.
3. Tutup mata anda.
4. Rilekskan otot-otot tubuh secara bertahap, mulai dari kaki, betis, paha, perut, bahu, kepala, hingga leher.
5. Bernapaslah secara perlahan dan alami; saat menghembuskan napas, ucapkan secara internal kata fokus, bunyi, frasa, atau doa yang telah dipilih.
6. Pertahankan sikap pasif. Jangan khawatirkan efektivitas pelaksanaan. Apabila pikiran muncul, cukup katakan secara internal "tidak apa-apa", lalu lembut kembalikan perhatian pada pengulangan.
7. Lanjutkan latihan selama sepuluh hingga dua puluh menit.
8. Jangan langsung berdiri setelah selesai. Tetaplah duduk tenang selama sekitar satu menit sambil membiarkan pikiran lain Kembali, kemudian buka mata dan duduk selam satu menit lagi sebelum bangkit.
9. Lakukan teknik ini satu atau dua kali sehari. Waktu yang optimal adalah sebelum sarapan dan sebelum makan malam.

5. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Benson

Tabel 2.2 SOP Terapi Benson

No	**Standar Operasional**	**Teknik Relaksasi Benson**
1.	Definisi	Teknik relaksasi benson adalah teknik relaksasi napas dalam yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien.
2.	Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot dan mengendalikan pernapasan
3.	Waktu	Selama 10-20 menit, 1-2 kali sehari
4.	Prosedur	A. Perencanaan 1. Persiapan klien dan lingkungan • Identifikasi tingkat nyeri klien

		• Kaji kesiapan dan perasaan klien • Berikan penjelasan tentang terapi benson • Minta klien persiapkan kata-kata yang diyakini • Ciptakan lingkungan yang nyaman disekitar klien B. Persiapan alat 1. *Stopwacth digital* 2. Lembar observasi 3. Buku kecil dan alat tulis C. Tahap orientasi 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur D. Tahap kerja 1. Pasien diatur dalam posisi senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak menggangu pikiran pasien. 2. Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat mengganggu pikiran. 3. Pasien dibimbing agar mampu melemaskan otot-otot tubuh sampai keadaannya rileks 4. Pasien dilanjutkan untuk melemaskan kepala, leher dan pundaknya 5. Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan senyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat. 6. Pasien ditawarkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya. 7. Menganjurkan pasien untuk menarik napas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut,

		tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga. 8. Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan. Selama proses tersebut, pasien diminta mengulang kata yang menenangkan sesuai keyakinannya seperti "subhanallah" atau "alhamdulillah" secara berulang-ulang selama sesi berlangsung. 9. Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang. E. Terminasi 1. Observasi skala nyeri setelah intervensi 2. Ucapkan salam F. Dokumentasi 1. Catat hasil observasi dalam catatan perkembangan klien

Sumber: (Ekawati & Desmawati, 2022; Mitasari, *et al.,* 2025)