

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah tindakan persalinan untuk mengeluarkan janin dengan melakukan sayatan pada dinding perut dan dinding uterus (Ayuningtyas D dan Nyoman N, 2018). *Sectio caesarea* dapat dilakukan sebagai jalan alternatif dalam persalinan ketika metode persalinan normal dinilai berbahaya (Nurhayati dan Arum, 2021).

2.1.2 Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi tindakan *sectio caesarea* adalah terjadinya masalah pada kondisi janin ataupun ibu seperti disproporsi kepala panggul, abruptio plasenta, plasenta previa, persalinan SC berulang, persalinan SC atas permintaan ibu, malformasi arteri-vena serebral, nonreassuring fetal status, presentasi bokong janin, herpes maternal, kehamilan ganda, letak lintang 19, ibu yang menderita HIV, partus tak maju, kelainan ketuban, *postdate* (usia kehamilan melebihi hari perkiraan lahir) dan gawat janin (Putra et al., 2021; Safitri, 2020).

2.1.3 Komplikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Pulungan, et al., (2020) beberapa komplikasi yang serius pasca tindakan *sectio caesarea* adalah perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma

ligamentum latum (broad ligament). Selain itu infeksi pada traktus genitalia, pada insisi, traktrus urinaria, pada paru-paru dan traktus respiratorius atas. Komplikasi lain yang bersifat ringan adalah kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari selama masa nifas.

2.1.4 Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Menurut Falentina (2019), tanda gejala sectio caesarea sebagai berikut:

1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

Chepalo pelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling

penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

4. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan,

adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

6. Kelainan letak janin

a. Kelainan pada letak kepala

- Letak kepala tengadah Bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan panggul.
- Presentasi muka Letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5 %.
- Presentasi dahi Posisi kepala antara fleksi dan defleksi. Dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

b. Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki.

c. Kelainan letak lintang

Letak lintang ialah jika letak bayi di dalam rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh bayi melintang terhadap

paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh bayi tegak lurus pada rahim dan menjadikan sudut 90°). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fossa iliaka dan bokong pada fossa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion.

2.1.5 Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

Penatalaksanan *sectio caesarea* menurut Ramadanty (2019) adalah sebagai berikut :

a. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

b. Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

c. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua pasca operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

d. Katerisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

e. Pemberian Obat-Obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

f. Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui suppositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui orang obat yang dapat diberikan tramadol atau 18 paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

g. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

h. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari pasca operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

i. Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

j. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari pasca operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

2.2 Konsep Pasca Partum *Sectio Caesarea*

2.2.1 Definisi Pasca Partum

Pasca partum adalah fase dimana alat-alat reproduksi wanita kembali dalam keadaan semula sebelum hamil yang di tandai dengan kelahiran plasenta dan membran sebagai tanda berakhirnya periode intrapartum (Seniorita, 2017).

Masa puerperium juga disebut masa nifas adalah masa ketika organ reproduksi kembali normal, yaitu masa dimulai sebelum hamil dan setelah melahirkan berlangsung sekitar 1 bulan. Dan masa ini adalah

awal dari fase reproduktif dalam siklus kehidupan keluarga. Selama periode ini akan terjadi perubahan psikososial dan fisiologis seperti kardiovaskuler, pernafasan, integrasi dan reproduksi (Sambas, 2017).

2.2.2 Tahapan Pasca Partum

Tahapan pasca partum terdiri dari Immediate pasca partum yaitu tahapan pertama setelah persalinan dalam waktu 24 jam. Tahapan kedua *early* pasca partum yaitu tahapan yang dalam waktu 24 jam pertama setelah persalinan sampai dengan akhir minggu pertama pasca partum. Tahapan ketiga late pasca partum yaitu tahapan yang terjadi pada minggu kedua sampai minggu keenam setelah persalinan (Azizah dan Rosyidah, 2021).

2.2.3 Perubahan Fisiologis Pasca Partum

- a. Adaptasi fisiologis pasca partum menurut (Morita, 2018) yaitu:
 - 1) Sistem reproduksi Uterus akan kembali normal dalam waktu 1-2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan afterpain yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dan kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting / isapan bayi. Selain itu, tuba palopi menjadi atropi karena rendahnya kadar estrogen pada dua minggu pasca partum.

2) Endokrin Kartisol dan Human Plasental lactogen (HPL) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan.

3) Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka sensivitas pada cairan.

4) Sistem pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan perineum serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurun mortalitas usus.

5) Kardiovaskuler

Pada persalinan *sectio caesarea* ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinan spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hemotokrit.

6) Neurologi

Pada periode ini ibu akan mengalami stres dan nyeri kepala akibat pemberian anastesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa.

7) Muskuloskeletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot.perut juga akan kembali lembek dan kendor seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

2.2.4 Perubahan Psikologis Pasca Partum

Adaptasi Psikologis Pada Pasca Partum Menurut Sulistyawati (2019) perubahan adaptasi psikologis ibu pasca partum yaitu :

- 1) Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua pasca persalinan. Pada fase ini ibu nifas akan terfokus pada dirinya sendiri dan bayinya, lebih tertarik untuk menceritakan pengalaman persalinan yang telah dilaluinya sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pasca persalinan ibu nifas akan merasakan kelelahan yang membuat ibu harus cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.
- 2) Fase *taking hold* periode ini berlangsung pada hari ke 3-10 pasca persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir dengan tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Peran pendampingndan keluarga adalah memberikan dukungan dan komunikasi yang baik agar ibu merasa mampu melewati fase ini. Pada fase ini juga ibu akan belajar untuk melakukan perawatan bayinya.
- 3) Fase *letting go* fase ini terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Pada fase ini seorang ibu nifas harus mampu menerima tanggung jawab dan peran barunya dalam merawat bayinya yang dapat menyebabkan

berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.

Umumnya di fase ini terjadi depresi pasca partum.

- 4) Depresi pasca partum membuat ibu mengalami rasa putus harapan, keraguan dan merasa tidak menjadi ibu yang baik dalam membesarkan anak. Ibu yang mengalami depresi pasca partum biasanya mengalami rasa sulit tidur, tidak nafsu makan dan cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi.
- 5) Pasca partum blues post dapat terjadi sekitar 2 hari sampai 2 minggu pasca persalinan. Ibu pasca partum blues akan mengalami perubahan perasaan, cemas, khawatir yang berlebihan mengenai sang bayi, dan mudah tersinggung.apabila pasca partum blues tidak segera ditangani secara tepat akan menjadi lebih buruk dan menyebabkan terjadinya depresi post partum.

2.3 Konsep Nyeri Pasca *Sectio Caesarea*

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah. Nyeri yang tidak segera diatasi dapat menimbulkan resiko bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan penyembuhannya (Kozier et al., 2020).

Dalam proses operasi *sectio caesarea* dilakukan sayatan di dinding perut sehingga menyebabkan putusnya kontinuitas jaringan merangsang area sensorik yang merangsang pelepasan histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman akibat nyeri

(nyeri akut) yang timbul setelah proses operasi berakhir (Ferinawati et al., 2019).

2.3.2 Mekanisme Nyeri

Mekanisme nyeri dimulai dengan hubungan antara stimulus cedera jaringan dengan pengalaman subjektif nyeri dimana terdapat empat proses yang tersendiri, yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Transduksi nyeri adalah proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Transmisi nyeri melibatkan proses penyaluran impuls nyeri dari tempat transduksi melewati saraf perifer sampai ke terminal di medulla spinalis dan jaringan neuron-neuron pemancar yang naik dari medulla spinalis ke otak (Rahmawati, 2020).

Modulasi nyeri melibatkan aktivitas saraf melalui jalur-jalur saraf desendens dari otak yang dapat mempengaruhi transmisi nyeri setinggi medulla spinalis. Medulasi juga melibatkan faktor-faktor kimiawi yang menimbulkan atau meningkatkan aktivitas di reseptor nyeri aferen perifer primer. Akhirnya, persepsi nyeri adalah pengalaman subjektif nyeri yang bagaimanapun juga dihasilkan oleh aktivitas transmisi nyeri oleh saraf (Rahmawati, 2020).

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Secara umum menurut De Boer (2018) klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematik, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjuk nyeri sebagai kronis.

2.3.4 Pengkajian Nyeri

Menurut Pinzon (2016) Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

1. Provocates/palliates (P)

Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.

2. Quality (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya.

3. Region (R)

Mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri.

4. Severity (S)

Mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri dari 1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat.

5. Time (T)

Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “sudah merasa nyeri berapa lama?”.

2.3.5 Penilaian Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Sulistyo, 2016).

1. *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karena ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Digunakan pada pasien diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan rasa nyerinya dengan angka.

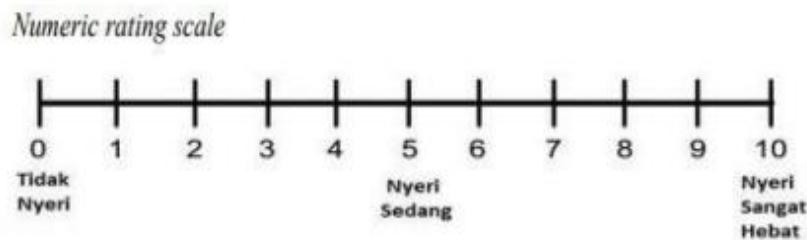
Gambar 1

Wong Baker FACES Pain Rating Scale



2. Skala Penilaian Numerik/ *Numeric Rating Scale (NRS)*

Mengantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan m pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (De Boer, 2018).

Gambar 2*Numeric Rating Scale (NRS)*

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Sulistyo, 2016).

Penanganan nyeri ada 2 yaitu :

1. Teknik farmakologis antara lain : (analgetik non narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgetik narkotik atau otopiat, dan obat tambahan adjuvant).
2. Teknik non farmakologi intervensi non farmakologi salah satunya adalah terapi distraksi (Yadi et al., 2019)

2.4 Konsep Kompres Hangat

2.4.1 Definisi

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang berupa memberikan rasa hangat dengan suhu 38°C – 40°C pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan, sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi (Wulandari, 2020) dalam (Haryati dan Hamidah, 2023).

Salah satu teknik nonfarmakologis yang sangat mudah dilakukan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh ibu post SC dan biayanya terjangkau dapat dilakukan dengan kompres hangat yaitu metode untuk memberikan sensasi hangat untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi, atau menghilangkan rasa nyeri, dan memberikan perasaan hangat pada area tertentu.

2.4.2 Tujuan

Menurut Jacob, dkk (2014) dalam Qomarun (2022) menjelaskan tujuan pemberian kompres hangat sebagai berikut: Memperlancar sirkulasi darah

- 1) Mengurangi rasa sakit atau nyeri
- 2) Memberikan rasa hangat, kenyamanan, dan ketenangan kepada klien
- 3) Mempermudah pengeluaran eksudat

2.4.3 Manfaat

Menurut berman (2014) dalam Qomarun (2022) kompres hangat memiliki efek bermanfaat yang besar sebagai berikut :

1) Efek Fisik

Panas dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaian ke segala arah.

2) Efek Kimia

Rata-rata kecepatan reaksi kimia didalam tubuh tergantung pada temperatur menurunnya reaksi kimia tubuh seiring dengan menurunnya temperatur.

3) Efek Biologis

Panas dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pembuluh darah menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot.

2.4.4 Mekanisme Kompres Hangat

Kompres hangat yang digunakan berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan. Selain itu, kompres hangat juga berfungsi menghilangkan sensasi rasa sakit. Kompres hangat dapat dilakukan dengan menempelkan botol, handuk, dan buli-buli panas, yang diisi dengan air hangat dan dibungkus dengan kain ke bagian tubuh yang nyeri. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik terapi kompres hangat dilakukan selama 20 menit dengan 1 kali pemberian dan pengukuran intensitas nyeri

dilakukan dari menit ke 15-20 selama tindakan (Wulandari el al., 2017). Sedangkan suhu air yang paling efektif adalah 38-40 derajat celcius, karena suhu air yang terlalu panas juga tidak baik untuk kulit ibu, karena dapat menyebabkan iritasi serta luka bakar pada kulit, dan apabila suhu air tidak terlalu hangat, hal tersebut tidak akan berpengaruh untuk menurunkan rasa nyeri persalinan (Andrianie, 2016).

Penggunaan kompres hangat juga memiliki potensi untuk mempercepat proses penyembuhan jaringan yang mengalami kerusakan. Selain mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri, aplikasi panas juga memicu respon fisiologis seperti meningkatkan respon peradangan, meningkatkan aliran darah dalam jaringan, dan meningkatkan pembentukan edema (Putri, 2015).

Terapi kompres hangat diberikan 6 jam setelah pasien diberikan terapi analgesik, kemudian dilakukan pemberian kompres hangat yang diaplikasikan pada punggung bawah pasien dilakukan selama 20 menit, dilakukan 1 kali sehari selama 2 hari (Haifa Wahyu, 2019).

2.4.5 Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat

Tabel 2.1 SOP Kompres Hangat 1

Pengertian	Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperlancar sirkulasi darah 2. Menurunkan suhu tubuh 3. Mengurangi rasa sakit 4. Memberi rasa hangat, nyaman, dan rasa tenang pada klien.
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Air panas

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Washlap/buli-buli panas 3. Pengalas/perlak 4. Handuk kering 5. Kom 6. Sarung tangan
Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital atau tingkat nyeri pada pasien 2. Menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan kontrak waktu
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam terapeutik 2. Identifikasi Kembali pasien dan periksa tanda-tanda vital 3. Memberi tahu pasien bahwa tindakan akan seger dimulai 4. Menyiapkan alat-alat sesuai kebutuhan (kompres hangat basah / kompres hangat kering) <ul style="list-style-type: none"> - Kompres hangat kering <ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan buli-buli b. Membuka tutupnya dan isi dengan air panas secukupnya c. Mengeluarkan udaranya d. Menutup buli-buli dengan rapat - Kompres hangat basah <ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan air hangat kedalam kom b. Membasahi washlap dengan air hangat 5. Mendekatkan alat-alat kesisi tempat tidur pasien 6. Memposisikan pasien senyaman mungkin 7. Mencuci tangan 8. Memakai sarung tangan 9. Meletakkan perlak/pengalas 10. Membasahi washlap dengan air hangat dan letakkan dikepala pasien 11. Kompres hangat kering diletakkan pada bagian yang nyeri dengan buli-buli hangat dibungkus dengan kain dan sebelum diberikan pada pasien, tes alat dengan cara membalikkan alat yaitu posisi tutup berada dibawah.

	12. Kompres hangat diletakkan dibagian tubuh yang memerlukan (dahi, axila, lipatan paha) 13. Meminta pasien untuk mengungkapkan rasa ketidak nyamanan saat dikompres 14. Mengkaji Kembali kondisi kulit disekitar pengompresan, hentkan pengompresan jika ditemukan tanda-tanda kemerahan. 15. Merapikan pasien keposisi semula 16. Memberitahu bahwa tindakan sudah selesai 17. Bersihkan alat-alat yang telah digunakan dan melepas sarung tangan 18. Mencuci tangan 19. Mengkaji respon pasien (rspon subjektif dan objektif) 20. Mendokumentasikan pada catatan keperawatan
Unit terkait	1. Ruangan rawat inap 2. Ryangan bersalin 3. UGD

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi nya (Purba, 2019).

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Identitas klien Meliputi (Nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, Alamat, Pendidikan, diagnose medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil). Identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien) (Purba, 2019).

2. Keluhan Utama saat dikaji keluhan yang diungkapkan saat dilakukan pengkajian, biasanya mengeluh nyeri pada daerah luka operasi (Maryunani, 2015) keluhan ini diuraikan dengan metode PQRST
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu dengan tindakan *sectio caesarea* sering ditanyakan apakah klien mempunyai riwayat tindakan pembedahan sebelumnya, memungkinkan kehamilan sebelumnya. Penyakit kronis atau menular seperti hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

4. Riwayat Ginekologi dan Obstetric:
 - a. Riwayat ginekologi pada pasien post *sectio caesarea* yaitu riwayat menstruasi, riwayat persalinan, riwayat keluarga berencana.
 - b. Riwayat obstetric pada klien post *sectio caesarea* meliputi:
 - Riwayat kehamilan dahulu meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC,

forcep, atau vakum ekstraksi), masalah obstetrik, jalannya persalinan yang lampau sangat mempengaruhi dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan selanjutnya (Chapman dan Charles, 2018).

- Riwayat kehamilan sekarang usia kehamilan, keluhan selama kehamilan, gerakan anak pertama dirasakan oleh klien, imunisasi TT, perubahan berat badan selama hamil, tempat pemeriksaan kehamilan dan keterangan klien dalam pemeriksaan kehamilannya.
- Riwayat persalinan dahulu meliputi tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakumekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman & Charles, 2018).
- Riwayat Persalinan Sekarang tanggal terminasi, usia gestasi, tempat melahirkan, bentuk persalinan (spontan, SC, forcep atau vakum ekstraksi), masalah obstetric, dalam kehamilan (preeklamsi dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi), berat bayi lahir, jenis kelamin bayi,

kelainan kongenital bayi, status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya (Chapman dan Charles, 2018)

- Riwayat nifas dahulu meliputi masalah atau keluhan pada nifas sebelumnya
- Riwayat nifas sekarang meliputi tentang adanya perdarahan, jumlah darah biasanya banyak, kontraksi uterus, konsistensi uterus biasanya keras seperti papan, tinggi fundus uteri setinggi pusat (Maryunani, 2015).

5. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum, pada *pasca sectio caesarea* dengan pembiusan total kesadaran akan berlangsung pulih secara bertahap, sedangkan pada pasien dengan anestesi regional pasien tetap sadar pada saat operasi dan selesai operasi.
- Tanda-tanda Vital, mengkaji tekanan darah, pernafasan, suhu tubuh, dan denyut nadi klien. Pada tanda-tanda vital bisanya tekanan darah noemal adapula yang menurun apabila pendarahannya banyak, Suhu tubuh dapat naik kurang lebih 36°C dari keadaan normal. Apabila suhu meningkat hingga lebih dari 38.0 °C maka perlu diwaspadai adanya infeksi.
- Antropometri, mengkaji tinggi badan klien, berat badan sebelum hamil, berat badan ketika hamil dan berat badan setelah melahirkan
- Pemeriksaan fisik *head to toe* yang dilakukan pada klien *pasca sectio caesarea* meliputi:

- a) Kepala: rambut, kebersihan, ada nyeri tekan atau tidak
- b) Wajah: Penampilan, ekspresi, nyeri tekan, adanya edema pada pipi atau pitting edema pada dahi, dan adanya kloasma gravidarum
- c) Mata: Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.
- d) Telinga: Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.
- e) Hidung: Inspeksi bentuk, kebersihan, pernafasan cuping hidung, palpasi ada tidaknya nyeri tekan dan fungsi penciuman. Pada pasien pasca partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.
- f) Mulut: Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan
- g) Leher: Inspeksi ada tidaknya pembesaran tyroid, apakah nyeri saat menelan

- h) Dada: Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, Kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Payudara Kaji bentuk bentuk payudara, tekstur, warna aerola, ada tidak pembengkakkan dan palpasi adanya nyeri tekan, dan ada tidaknya benjolan.
- i) Abdomen: Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) Ibu Nifas post *sectio caesarea* (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU Hal ini disebabkan oleh ibu post *sectio caesarea* (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.
- j) Genitalia: Umumnya pada ibu post *sectio caesarea* dipasang dower kateter
- k) Anus: Kaji kebersihan, apakah ada benjolan haemorroid
- l) Ekstremitas: Pada ekstremitas atas kaji bentuk dan kelainan yang dirasakan klien. Kemudian pada ekstremitas bawah kaji bentuk dan ada atau tidaknya varises dan edema

6. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien menurut (Nurjannah et al. 2019), meliputi :

- a) Makan: Pada ibu post *sectio caesarea* akan terjadi penurunan dalam pola makan dan akan merasa mual karena efek anestesi yang masih ada dan bisa juga dari faktor nyeri akibat *sectio caesarea*.

- b) Minum: frekuensi minum dalam sehari, jumlah perhari, jenis minuman dan keluhan saat minum.
- c) BAB: menjelaskan frekuensi, wana, bau dan keluhan saat BAB
- d) BAK: Pada pasien pasca SC biasanya terpasang dower kateter, kateter dapat dilepaskan setalah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi.
- e) Istirahat Malam: rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6- 8 jam. Pola istirahat tidur menurun karena ibu merasa kesakitan dan lemas akibat dari tindakan pembedahan *sectio caesarea*.
- f) Aktifitas: Pada pasien pasca SC biasanya dalam keadaan lemah dan nyeri akibat tindakan operasi, sehingga pada hari pertama setelah pembedahan, aktivitas pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.
- g) Data Psikologis: Perubahan psikologis yang terjadi pada wanita pasca partum dengan *sectio caesarea* yaitu memungkinkan mengalami perasaan yang tidak menentu, depresi, atau kemungkinan mengalami *baby blues*.
- h) Kebutuhan *bounding attachment* mengidentifikasi kebutuhan klien terhadap interaksi dengan bayi secara nyata baik fisik, emosi maupun sensori.

7. Analisa Data

Data yang sudah dikumpulkan delanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subjektif dan data objektif (Purba, 2019).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Menurut SDKI 2017 diagnosa keperawatan untuk klien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi partus tak maju, kemungkinan diagnosa yang muncul adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun dengan melibatkan pasien secara optimalagar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terjalin suatu kerja sama yang saling membantu proses tujuan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan kondisinya. Rencana

keperawatan yang diprioritaskan dari beberapa diagnosa keperawatan yang muncul diatas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Kperawatan
1.	Nyeri Akut (D.007)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.5.4 Implementasi

Strategi pelaksanaan yang digunakan untuk masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik telah diberikan penanganan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri. Tindakan yang diberikan yaitu terapi kompres hangat untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi, atau menghilangkan rasa nyeri, dan memberikan perasaan hangat pada area tertentu. Penerapan kompres hangat pada daerah yang tegang dan nyeri dianggap bisa mengurangi sensasi nyeri dengan menghambat atau mengurangi kejang otot yang disebabkan oleh kurangnya pasokan darah (iskemia) Hal ini menciptakan sensasi nyeri dan mengakibatkan perluasan pembuluh darah serta peningkatan sirkulasi darah ke wilayah tersebut (Azzahroh dan Musfiroh, 2017). Terapi kompres hangat berangsur selama 15-20 menit pada suhu antara 50-60 derajat menggunakan alat berupa buli-buli yang ditempelkan ke tubuh pasien untuk menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien (Fadilla et al., 2023).

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada klien menggunakan evaluasi formatif yang di dokumentasikan setelah melakukan tindakan dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis menurun (5), gelisah menurun (5). Yang bertujuan untuk mengakhiri, memodifikasi, atau meneruskan rencana tindakan yang telah diberikan kepada klien apakah tujuan tercapai (PPNI, 2019).