

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Sectio caesarea**

##### **1. Definisi**

Kata kerja lain dari bahasa Latin *cedere* yang berarti memotong merupakan asal mula nama "*sectio caesarea*". Dalam dunia medis istilah tersebut menggambarkan teknik pembedahan yang digunakan dalam kebidanan untuk membuka rahim dan dinding perut ibu guna melahirkan bayi (Sabella *et al.*, 2019). Menurut Susilawati *et al.*, (2023), *sectio caesarea* adalah prosedur operasi melahirkan dengan mengeluarkan bayi melalui sayatan pada perut ibu (*laparatomi*) dan rahim (*histerotomi*).

Bila ada gangguan yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami, maka *sectio caesarea* dilakukan. Ada beberapa syarat untuk dilakukan operasi yaitu rahim harus utuh dan berat janin minimal 500 gram, operasi *sectio caesarea* ini dilakukan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin (Haryani *et al.*, 2021).

##### **2. Etiologi**

Menurut Suciawati *et al.* (2023), penyebab terjadinya *sectio caesarea* adalah:

###### **a. Umur ibu**

Umur ibu bersalin sangat penting untuk menentukan tingkat resiko kehamilan dan persalinan. Usia yang sehat untuk wanita hamil sekitar umur 23-25 tahun. wanita hamil dibawah umur 20 tahun dari segi biologis perkembangan alat reproduksi belum sempurna sepenuhnya.

###### **b. Ketuban Pecah Dini (KPD)**

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Ketuban Pecah Dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga akan menyebabkan terjadinya infeksi yang berasal dari vagina ataupun serviks (Awi, Darmawati, and Hermawati 2022).

c. Riwayat *Sectio caesarea*

Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat *sectio caesarea* tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Riwayat *sectio caesarea* yang sebelumnya berkemungkinan memiliki parut uterus atau rahim yang dapat mengakibatkan reapture uterus saat usia kehamilan semakin tua dan janin semakin besar (Awi *et al.*, 2022) .

d. Gawat Janin

Gawat janin atau *fetal distress* terjadi akibat kurangnya kandungan oksigen atau asupan nutrisi di dalam kandungan. Bukan hanya itu gawat janin juga bisa dilihat dari normal nya denyut jantung janin sekitar 120-160x/menit dan Gawat janin jika DJJ diatas 160x/menit atau dibawah 120x/menit, denyut jantung tidak teratur.

3. Tanda dan Gejala

a. Indikasi yang berasal dari ibu

Konstriksi panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta derajat I hingga II, kesulitan kehamilan, kehamilan dengan preeklampsia dan eklampsia serta kehamilan yang disertai dengan penyakit (Jantung, Diabetes Melitus), gangguan jalan persalinan (kista ovarium, mioma uteri).penyakit jantung, dan diabetes melitus menjadi beberapa alasan ibu melahirkan melalui *sectio caesarea* (Amanda, 2019).

b. Indikasi yang berasal dari janin

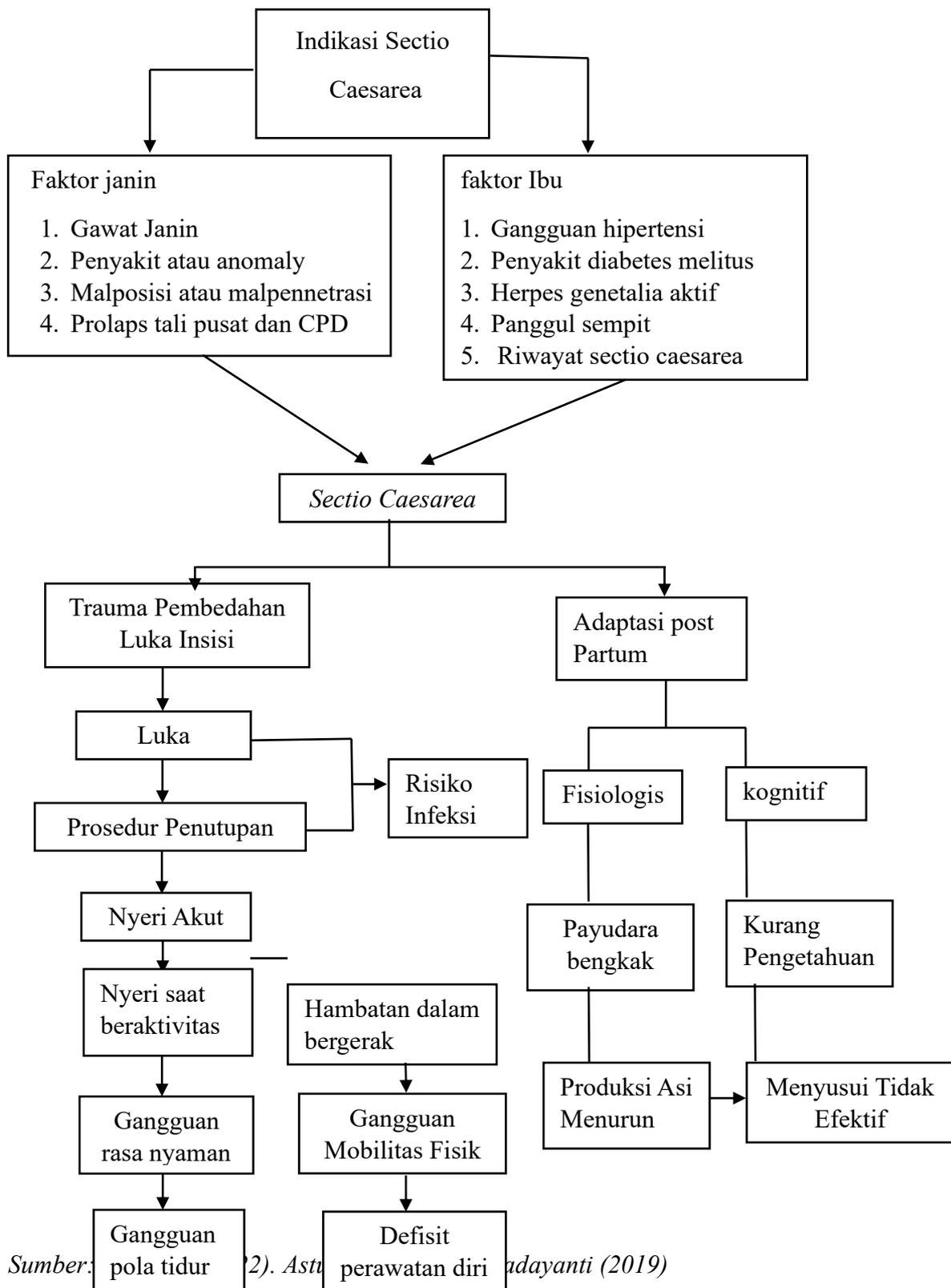
Gawat janin, mal presentasi janin, mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan melahirkan dengan vakum, atau pencabutan *forceps* merupakan beberapa penyebab yang mengharuskan dilakukannya persalinan secara *sectio caesarea* (Putri Amanda, 2020).

4. Patofisiologi

Tindakan yang dikenal dengan istilah "*sectio caesarea*" ini merupakan prosedur kelahiran buatan, dinding perut dan rahim ibu dipotong selama operasi, Janin harus memiliki berat lebih dari 500 gram dan rahim harus tetap utuh. Menurut Marcillo (2022) *sectio caesarea* tidak diperlukan jika berat janin kurang dari 500 gram. Setelah *sectio caesarea*, pasien sering mengalami efek fisiologis, terutama nyeri akibat pembedahan. Tindakan ini diindikasikan untuk kelainan

jaringan lunak ibu, *plasenta previa* 10, kelainan kepala panggul, disfungsi rahim, dll. Ketidaknyamanan janin dialami oleh janin. Setelah menjalani *post sectio caesarea*, ibu akan mengalami adaptasi pasca persalinan, termasuk perubahan kognitif seperti ketidaktahuan, karena janin yang besar dan posisi melintang. Kurangnya pengetahuan dan faktor fisiologis, seperti produksi oksitosin yang tidak mencukupi, akan menyebabkan hanya sedikit ASI yang keluar, sehingga luka sayatan menjadi tempat masuknya bakteri. Oleh karena itu, pemberian antibiotik dan perawatan luka steril sangat penting. (Chania, 2018).

*Plasenta previa, ruptur sentral dan lateral, panggul sempit*, persalinan yang tidak berlanjut (persalinan lama), *preeklamsia, distosia, dan malpresentasi janin* merupakan beberapa komplikasi terkait persalinan yang mencegah kelahiran normal dan memerlukan *sectio caesarea*. Masalah defisit perawatan diri akan muncul akibat ketidakmampuan pasien untuk melakukan tugas perawatan diri sendiri karena kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik. Pasien akan mengalami masalah kecemasan jika mereka tidak diberi tahu tentang perawatan pasca operasi, penyembuhan, dan prosedur sanitasi. Karena terjadi kelainan pada ibu dan janin menyebabkan persalinan normal menjadi sulit dan akhirnya harus dilakukan operasi *sectio caesarea*. Prosedur ini masih menjadi pilihan untuk persalinan saat ini.



**Gambar 2.1 Pathway Post Sectio caesarea**

## 5. Klasifikasi

Menurut Leniwita & Anggraini (2019) ada beberapa jenis *sectio caesarea*, yaitu:

a. *Sectio caesarea klasik* atau *corporal*

Pembedahan ini dilakukan bila segmen bawah rahim tidak dapat dicapai dengan aman, bayi besar dengan kelainan letak terutama jika selaput ketuban sudah pecah.

b. *Sectio caesarea ismika* atau *profunda* (*low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim)

Pembedahan dengan teknik melintang dengan melakukan insisi pada segmen bawah uterus. Hampir 99% dari seluruh kasus *sectio caesarea* memilih teknik ini karena memiliki beberapa keunggulan seperti kesembuhan lebih baik dan tidak banyak menimbulkan perlekatan.

c. *Sectio caesarea* yang disertai *histerektomi*

Pembedahan dengan cara pengangkatan uterus setelah *Sectio caesarea* karena atonia uteri yang tidak dapat diatasi atau pada ruptur uteri yang tidak dapat diatasi dengan jahitan.

d. *Sectio caesarea vaginal*

Pembedahan melalui dinding vagina anterior ke dalam rongga uterus.

e. *Sectio caesarea ekstrapitoneal/porro* (*Sectio caesarea* diikuti dengan *amputasi supravaginal uterus*)

Pembedahan seksio yang dilakukan tanpa insisi peritoneum dengan mendorong lipatan peritoneum ke atas dan kandung kemih ke bawah atau ke garis tengah kemudian uterus dibuka dengan insisi di segmen bawah.

f. *Sectio caesarea* tradisional

Prosedur ini melibatkan pemotongan korpus uteri secara memanjang, sekitar 10 cm panjangnya.

g. *Sectio caesarea Ismika*

Pembedahan ini melibatkan pembuatan sayatan melintang cekung sekitar 10 cm panjangnya di bagian bawah rahim.

## 6. Faktor Resiko

Faktor resiko *sectio caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua, dari faktor ibu dan faktor janin:

- a. Faktor dari ibu antara lain: umur, paritas, his, ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas *Sectio caesarea* sebelumnya.
- b. Faktor janin antara lain: posisi atau letak janin, janin besar, malposisi dan malpresentasi.

Faktor risiko yang meningkatkan angka kejadian *sectio caesarea* yaitu umur, paritas, kondisi kesehatan ibu komplikasi, posisi bayi, kehamilan kembar, *cephalopelvic disproportion* (CPD), preeklamsia, penyakit penyerta, dan riwayat SC. Dampak dan risiko pasca *sectio caesarea* cukup signifikan, termasuk kerusakan organ, pendarahan, infeksi, komplikasi anestesi dan kematian.

## 7. Komplikasi

Berikut ini komplikasi *Sectio caesarea*:

- a. Infeksi Pasca Persalinan
  - 1) Ringan dengan peningkatan suhu selama beberapa hari
  - 2) Sedang dengan peningkatan suhu lebih tinggi
  - 3) Berat dengan *ileus paralitik, sepsis, dan peritonitis*.
- b. Perdarahan *plasenta, atonia uteri*, banyak pembuluh darah yang terpotong dan terbuka
- c. Jika reperitonialisasi sangat tinggi, dapat terjadi cedera kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih. Potensi ruptur uteri dengan sendirinya pada kehamilan yang mendesak.

## 8. Penatalaksanaan

Menurut Maryati (2022), pedoman perawatan ibu *post sectio caesarea* yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

- a. Penatalaksanaan *Post Sectio caesarea*
  - 1) Pasien dirawat di ruang isolasi untuk pemulihan setelah satu jam pertama. Pemeriksaan tanda vital: pernapasan, denyut nadi, dan tekanan darah dipantau setiap 15 menit selama satu jam pertama. Pemantauan dilakukan

setiap 30 menit selama satu jam berikutnya.

2) Untuk memastikan jalan napas pasien bersih, pasien tidur dengan wajah menghadap ke samping dan kepala sedikit dimiringkan menghadap ke atas.

b. Aktivitas dan mobilisasi

Ibu diperbolehkan duduk selama delapan hingga dua belas jam setelah operasi *sectio caesarea*, berjalan selama dua puluh empat jam, dan jika mampu, mandi pada hari kedua.

c. Perawatan Luka

Setelah *post sectio caesarea*, perawatan luka meliputi pemasangan perban atau penutup baru pada luka lama atau kotor. Tujuan perawatan luka adalah untuk mencegah infeksi pada luka, selain membuat pasien merasa aman dan nyaman.

d. Pemberian cairan dan penentuan asupan dan keluaran berdasarkan kebutuhan.

e. Sesuai dengan anjuran medis, obat analgesik diberikan untuk mengatasi nyeri.

f. Pemasangan/Pelepasan Kateter

Kecuali pasien dapat buang air kecil sendiri, kateter balon atau kateter dower harus tetap terpasang setidaknya selama 24 hingga 48 jam. Ini akan membantu pasien terhindar dari nyeri, ketidaknyamanan, involusi uterus yang terhambat, dan perdarahan dari kandung kemih yang penuh. Kateter dapat dilepas 12 hingga 24 jam setelah operasi. Jika terjadi hematuria, mungkin perlu menunda pelepasan kateter.

## B. Konsep Nyeri

### 1. Pengertian Nyeri

Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan afektif yang terkait dengan kerusakan jaringan atau rangsangan yang dapat mengakibatkan kerusakan jaringan, yang mencakup reaksi fisik, mental, dan emosional seseorang (Amris *et al.*, 2019). Nyeri adalah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan pada area tertentu (Rahayu & Wayan (2023) dalam Cholifah & Azizah (2020).

## 2. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologi (Rahayu & Wayan, 2023).

## 3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

### a. Kelemahan

Kelemahan akan mengurangi kemampuan seseorang dalam menghadapi kesulitan dan memperberat pengalaman penderitaan. Kesan nyeri akan semakin tinggi jika kelemahan terus berlanjut selama jeda istirahat.

### b. Jenis Kelamin

Wanita secara umum dianggap lebih sering mengalami nyeri dibandingkan pria. Kondisi hormonal wanita juga mempengaruhi nyeri. Telah diketahui bahwa hormon progesteron dan estrogen sangat mempengaruhi kepekaan wanita terhadap nyeri. Menurut Rahayu & Wayan (2023), hal ini menyebabkan wanita lebih sering mengalami ketidaknyamanan dibandingkan pria (Novitayanti, 2023).

### c. Usia

Pengalaman dan ekspresi nyeri dipengaruhi oleh usia seseorang. Perkembangan usia memiliki dampak yang signifikan terhadap seberapa besar nyeri yang dialami oleh orang dewasa, anak-anak, dan lansia.

### d. Aspek Psikologi

Persepsi nyeri juga dipengaruhi oleh variabel psikologis yang mempengaruhi manifestasi perilaku. Tingkat kecemasan dan kesedihan yang lebih tinggi pada wanita menunjukkan bahwa skala nyeri dipengaruhi oleh jenis kelamin (Novitayanti, 2023).

## 4. Jenis-jenis Nyeri

Menurut Anitescu, benzon & Wallace (2017) dalam Rahayu & Wayan (2023)

### a. Nyeri *Nosiseptif*

Rasa tidak nyaman yang disebabkan oleh rangsangan pada selaput lendir,

kulit, dan jaringan subkutan. Rasa panas dan perih merupakan salah satu keluhan yang dapat terlokalisasi. Contohnya adalah pada korban luka bakar dan pasien pasca operasi.

b. Nyeri *Neurogenik*

Nyeri yang disebabkan oleh cedera saraf tepi atau disfungsi sistem saraf tepi utama lainnya. Pada sebagian besar kasus, korban merasakan sentuhan yang tidak menyenangkan dan rasa terbakar. Misalnya pada penderita *herpes zoster*.

c. Nyeri Psikogenik

Nyeri yang berhubungan dengan penyakit mental pada manusia

5. Bentuk Nyeri Menurut Rahayu & Wayan (2023) ada 2 yaitu :

a. Nyeri Akut

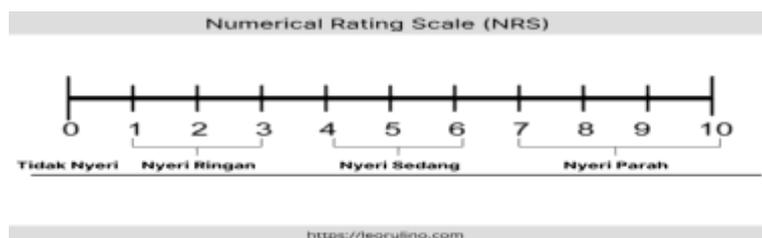
Keluhan nyeri ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan dan disebabkan oleh cedera jaringan baik yang terjadi secara tiba-tiba maupun bertahap.

b. Nyeri Kronis

Keluhan nyeri yang disebabkan oleh kerusakan jaringan baik yang terjadi secara bertahap maupun tiba-tiba, baik yang nyata maupun yang diduga.

6. Pengukuran Nyeri

Menurut Rahma (2018) dalam Rahayu & wayan (2023) skala penilaian nyeri numerik skala penilaian *Numerical Rating Scale* (NRS) digunakan untuk pengganti alat deskripsi kata. Pada skala 0-10, klien diminta untuk menilai tingkat nyeri mereka. Karena lebih mudah membedakan antara nyeri yang meningkat dan nyeri yang menurun, skala ini digunakan untuk mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi dilaksanakan.



**Gambar 2.2** *Numeric Rating Scale(NRS) pengukuran skala nyeri*

## C. Konsep Kompres Hangat

### 1. Pengertian Kompres hangat

Kompres hangat merupakan suatu kegiatan yang dilakukan dengan cara menempelkan cairan atau alat yang menghasilkan rasa hangat pada bagian tubuh yang membutuhkan, dengan suhu 38°C hingga 40°C pada lokasi tertentu (Wulandari, 2020) dalam (Haryati & Hamidah, 2023). Penggunaan kompres hangat yang merupakan suatu teknik untuk memberikan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu dan mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri merupakan salah satu metode non farmakologis yang sederhana dan terjangkau untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh ibu *post sectio caesarea*.

### 2. Tujuan Kompres Hangat

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

- a. Meningkatkan aliran darah dengan melebarkan pembuluh darah.
- b. Meningkatkan aliran darah untuk mengurangi rasa tidak nyaman.
- c. Meningkatkan suhu tubuh pasien hipotermia.

### 3. Manfaat Kompres Hangat

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

#### a. Dampak Fisik

Cairan, padatan, dan gas dapat memuai ke segala arah jika dipanaskan.

#### b. Dampak Kimiawi

Kecepatan rata-rata reaksi kimia tubuh bergantung pada suhunya; saat suhu turun, proses kimia tubuh juga menurun.

#### c. Dampak Biologi

Dilatasi pembuluh darah yang disebabkan oleh panas dapat meningkatkan sirkulasi darah. Sebagai hasil dari reaksi alami tubuh terhadap panas, pembuluh darah menjadi kurang kental dan otot menjadi kurang tegang.

### 4. Pengaruh Kompres Hangat

Menurut Syaiful dan Fatmawati (2020) dalam (Haryati & Hamidah, 2023)

menyatakan bahwa kompres hangat melepaskan endorfin yang berfungsi mencegah rangsangan nyeri untuk diteruskan. Berdasarkan teori *gate control*, rangsangan kulit memicu transmisi saraf sensorik A-Beta yang lebih cepat dan lebih besar, sehingga mengurangi transmisi nyeri melalui delta-A dan serabut berdiameter kecil. Oleh karena itu, gerbang sinaptik menghentikan impuls nyeri untuk berjalan. Untuk mencegah impuls nyeri berjalan ke otak dan sumsum tulang belakang, panas akan mengaktifkan serabut saraf yang menutup gerbang tersebut. Kompres hangat bekerja dengan cara melebarkan pembuluh darah, sehingga meredakan ketegangan otot dan nyeri akibat kekakuan atau kejang (Krowa & Savitri, 2018).

Perpaduan pemberian terapi kompres hangat yang dicampur dengan *essential oil* aroma lavender dinilai efektif dalam meredakan nyeri terutama pada ibu *post sectio caesarea*. Aroma terapi bekerja sebagai liniments dengan cara dikompreskan, minyak tersebut bekerja dengan memanaskan kulit dan otot kemudian mengurangi nyeri. Otot-otot yang telah dirangsang dengan kompres hangat *essential oil* akan melemas, sehingga stimulus menuju ujung saraf akan berkurang. Akibatnya, saraf hanya mengirimkan sinyal nyeri singkat ke sistem saraf pusat (Afrianti & Widaningsih, 2023).

Penurunan nyeri dengan aromaterapi lavender mengacu pada konsep *gate control* yang terletak pada fisiologi mekanisme penghantaran impuls nyeri dapat dihambat. Saat aroma terapi dihisap, zat aktif yang terdapat didalamnya akan merangsang hipotalamus (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormon endorpin. Endorpin diketahui sebagai zat yang menimbulkan rasa tenang, relaks, dan bahagia. Lavender memiliki zat aktif berupa *linalool* dan *linalyl acetate* yang berefek sebagai analgesik. (Kasanah *et al.*, 2022)

##### 5. Cara pemberian kompres hangat *essential oil* aroma lavender

Pemberian kompres hangat dengan aroma lavender di berikan 6 jam setelah pasien diberikan terapi analgesik, kemudian dilakukan pemberian kompres hangat *essential oil* aroma lavender yang diaplikasikan pada punggung bawah pasien dilakukan selama 20 menit, dilakukan 1x sehari selama 3 hari (Wahyu & Lina, 2019). Media yang digunakan untuk pengompresan dengan handuk, suhu

air yang digunakan 40°C. Instrumen yang digunakan untuk menilai skala nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi kompres hangat dengan *Numeric Rating Scale* (Haryati & Hamidah, 2023).

Efektivitas kompres hangat terhadap penurunan nyeri persalinan ditunjang oleh beberapa faktor, diantaranya adalah media yang digunakan, yaitu dengan menggunakan handuk sebagai media pengompresan. Suhu air, dimana suhu yang paling efektif untuk melakukan kompres hangat yaitu menurut penelitian yang dilakukan Haryati & Hamidah, (2023) pemberian kompres hangat pada area punggung bagian bawah dan dilakukan 1 kali dalam 1 hari selama 3 hari berturut dengan durasi 20 menit. Media yang digunakan untuk pengompresan dengan handuk, suhu air yang digunakan 40°C. Instrumen menurunkan nyeri dan aman adalah pada suhu kehangatan 38-40°C. Terakhir adalah lamanya pengompresan, waktu pengompresan yang efektif adalah 20 menit (Henniwati *et al.*, 2022).

Selain kompres hangat menggunakan air hangat saja penulis akan mengkombinasikan dengan *essential oil* aroma lavender karena menurut beberapa penelitian *essential oil* bekerja dengan cara memanaskan kulit dan otot dengan cara dikompreskan kemudian mengurangi nyeri. Otot yang dirangsang dengan kompres hangat dengan aroma lavender akan melemas sehingga stimulus menuju ujung saraf akan berkurang. Akibatnya, saraf akan sedikit menghantarkan implus nyeri ke saraf pusat (Afrianti & Widaningsih, 2023).



**Gambar 2.3**  
**Letak Pengompresan**

Cara untuk melakukan kompres hangat yang dikombinasi dengan *essential oil* aroma lavender yaitu menurut penelitian yang dilakukan Afrianti & Widaningsih (2023), kompres hangat pada bagian punggung atas dan pinggang baawah dengan menggunakan kain yang dibasahi air hangat yang telah tercampur dengan aroma lavender dengan frekuensi sebanyak 5-7 kali dalam waktu 20 menit, skala intensitas nyeri ibu di ukur menggunakan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) sebelum dan sesudah pemberian kompres hangat aroma lavender menunjukkan penurunan dari skala nyeri 8 menjadi skala nyeri 4. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat beraroma lavender terbukti dapat meredakan nyeri pada luka jahitan pasca *post sectio caesarea*.

Aroma lavender merupakan salah satu jenis aroma terapi *essential oil* Lavender memiliki zat aktif berupa *linalool* dan *linalyl acetate* yang berefek sebagai analgesik. Aroma terapi lavender merupakan salah satu *essential* analgesik yang mengandung 8% terpena dan 6% keton. Minyak lavender juga mengandung 30-50% linalil asetat. Yang mengandung senyawa ester yang berguna untuk menormalkan keadaan emosi serta keadaan tubuh yang tidak seimbang, dan juga memiliki khasiat penenang khususnya pada sistem saraf. Berbagai efek aroma lavender yaitu sebagai anti septik, zat analgesik, anti radang. Kelebihan minyak lavender dibanding *essential oil* lain adalah kandungan racunnya yang relatif sangat rendah, jarang menimbulkan alergi dan merupakan salah satu dari sedikit *essential oil* yang dapat digunakan langsung pada kulit (Wahyu & Lina, 2019). Saat aroma terapi dihisap, zat aktif yang terdapat didalamnya akan merangsang hipotalamus (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormon endorpin. Endorpin diketahui sebagai zat yang menimbulkan rasa tenang, relaks, dan bahagia (Suryani *et al.*, 2022).

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dimana dilakukan proses pengumpulan data yang dilakukan dengan berbagai cara seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik. Dengan tujuan untuk mendapatkan informasi dan data-data tentang kondisi kesehatan

pasien yang berfokus pada kebutuhan dasar manusia (Suarni & Apriyani, 2017) dalam Veronika, (2021).

Menurut Aspiani (2017) dalam Rimadeni (2022) Pada pasien *post sectio caesarea* data yang dapat ditemukan dari hasil pengkajian yaitu :

- a. Identitas klien, ruang, tanggal masuk Rumah Sakit, meliputi inisial nama, umur, alamat, jenis kelamin, agama, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, riwayat kehamilan.
- b. Keluhan Utama, pada umumnya pasien *post sectio caesarea* mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, takut bergerak, merasa badan lemah, dan tidak nyaman.
- c. Riwayat kesehatan sekarang, pada riwayat kesehatan yang perlu dikaji yaitu keadaan umum klien dan pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya *sectio caesarea*.
- d. Riwayat penyakit dahulu seperti apakah klien memiliki riwayat operasi sebelumnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- e. Riwayat penyakit keluarga, peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- f. Riwayat perkawinan yaitu status pernikahan.
- g. Riwayat kehamilan dan persalinan meliputi berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah keguguran.
- h. Eliminasi, meliputi berapa kali Bab, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *Post Sectio caesarea*, untuk Bak, dengan kateter urine yang sebelumnya telah terpasang.
- i. Istirahat/tidur, pada klien dengan *post sectio caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urine.
- j. Kebutuhan personal hygiene, klien dengan *post sectio caesarea* sebelum

kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dalam keadaan bersih.

- k. Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan, aktivitas sehari-hari dibantu. Gerak dan keseimbangan tubuh, aktivitas berkurang, tidak bisa berjalan karena nyeri dan ketidaknyamanan.
- m. Kebutuhan berpakaian, klien dengan *post sectio caesarea* mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.
- n. Kebutuhan keamanan, kebutuhan keamanan ini perlu dipertanyakan apakah klien tetap merasa aman dan terlindungi oleh keluarganya, klien mampu menghindari bahaya dari lingkungan.
- o. Pemeriksaan Fisik memeriksa keadaan umum, kesadaran, TTV, dan pemeriksaan tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.

Setelah penulis melakukan pengkajian menurut Aspiani (2017) penulis merumuskan diagnosa pasien *post sectio caesarea* yang sesuai hasil pengkajian dan menurut *pathway sectio caesarea* Widayati (2022) yaitu diagnosa nyeri akut, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur.

## 2. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses selanjutnya setelah diagnosa keperawatan ditetapkan. Perencanaan disusun berdasarkan target capaian dengan rentang waktu untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien. Sifat dari perencanaan dibuat berdasarkan tindakan mandiri maupun kolaborasi agar tujuan dapat tercapai yang dibuat perawat dengan mengembangkan rencana individu, holistik berbasis bukti dan didokumentasikan dengan baik. Perencanaan asuhan keperawatan merupakan tahapan dimana perawat menentukan rencana tindakan yang akan disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat (Heryyanoor *et al.*, 2024).

**Tabel 2. 1 Perencanaan Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	2	3
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan tingkat nyeri (L08066) menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Tidak mengalami kesulitan tidur e. Frekuensi nadi menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) <b>Observasi</b> a. Identifikasi lokasi, Karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, Intenstitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri d. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri e. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan h. Monitor efek samping penggunaan analgetik <b>Teraupetik</b> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis,TENS, hipnosis, kompres hangat/dingin, akupresure, terapi musik, aromaterapi,terapi bermain). b. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <b>Edukasi</b> a. Jelaskan penyebab,periode, dan memicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

		e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Kolaborasi</b> a. Pemberian analgetik
--	--	---

Intervensi Keperawatan secara non farmakologi menurut beberapa penelitian Asmalinda *et al.*, (2022) dapat dilakukan dengan cara teknik non farmakologis yang dapat dilakukan ibu *post sectio caesarea* secara mandiri di rumah salah satunya adalah kompres hangat. Efek Kompres hangat dapat melebarkan pembuluh darah yang dapat menyebabkan pelepasan *endorphin* dengan memblokir transmisi stimulasi nyeri sehingga rasa nyeri berkurang (Suryani *et al.*, 2022).

Tindakan kompres hangat menurut beberapa penelitian yang telah dilakukan:

1. Menurut Haryati & Hamidah, (2023) mendapatkan hasil penelitian penurunan intensitas nyeri pada ibu *post sectio caesarea* sebelum dan setelah dilakukan intervensi kompres hangat, diukur terlebih dahulu menggunakan alat ukur skala nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS) sebelum diberikan intervensi skala nyeri pada ibu rentang 4-5 (nyeri sedang) dan setelah diberikan intervensi kompres hangat selama 3 hari berturut secara konsisten terjadi penurunan nyeri pada rentang 1-3 (nyeri ringan). Dengan demikian intervensi kompres hangat efektif terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea*.
2. Skala intensitas nyeri ibu di ukur menggunakan skala *Numeric Rating Scale* (NRS) sebelum dilakukan skala nyeri 8 dan sesudah pemberian kompres hangat aroma lavender mengalami penurunan skala nyeri menjadi 4. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat beraroma lavender terbukti dapat meredakan nyeri pada pasien *Post sectio caesarea* (Afrianti & Widaningsih, 2023).
3. Hasil penelitian ini diperoleh intensitas nyeri pasien *post sectio caesarea* sebelum dilakukan kompres hangat dengan *essential oil* aroma lavender yaitu 15 orang (100%) responden mengalami nyeri sedang dengan rentang skala 4-6. Sedangkan intensitas nyeri pasien *post sectio caesarea* sesudah dilakukan kompres hangat dengan *essential oil* aroma lavender yaitu 12 orang (80,0%) responden mengalami nyeri ringan dengan rentang skala 1-3, dan 3 orang (20,0%) responden dengan intensitas nyeri sedang dengan rentang skala 4-6 (Henni *et al.*, 2020).

### 3. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo *et al.*, 2022). Evaluasi dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan dari suatu tindakan yang dilaksanakan berdasarkan tujuan dan waktu yang ditentukan. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan observasi status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Bustan, 2023).

Evaluasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) untuk mengatasi nyeri diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, klien mampu menuntaskan aktivitas, klien tidak lagi meringis dan gelisah, klien tidak mengalami masalah kesulitan tidur bisa dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan dijabarkan, SOAP digunakan untuk mendokumentasikan kondisi pasien secara terstruktur dan mempermudah perawat dalam memantau dan mengevaluasi perawatan sebagai berikut:

S (Subjektif): Data yang diperoleh langsung dari pasien, seperti keluhan, perasaan, atau pengalaman pasien.

O (Objektif): Data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, pengamatan, dan hasil tes laboratorium, seperti tekanan darah, suhu, atau hasil pemeriksaan darah.

A (Penilaian): Analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif untuk menentukan diagnosis dan prognosis pasien.

P(Perencanaan): Rencana tindakan yang akan dilakukan, seperti pemberian obat, terapi, atau perawatan lanjutan.