

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Operasi Sectio Caesarea

2.1.1 Penegertian Sectio Caesarea

Operasi Sectio Caesarea adalah prosedur bedah besar yang dilakukan pada area perut. Seksio sesarea adalah metode persalinan buatan di mana bayi dilahirkan melalui sayatan pada dinding perut dan rahim, dengan kondisi janin yang masih utuh dan beratnya lebih dari 500 gram (Dewi Pujiana 2022)

Operasi *Sectio Caesarea* dalam merupakan alternatif persalinan yang dilakukan apabila kondisi ibu tidak memungkinkan untuk melahirkan bayi secara normal melalui vagina. *Sectio Caesarea*, atau lebih yang sering disebut operasi *caesar* adalah suatu prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengekstraksi bayi dari rahim melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim. Terkadang, operasi ini diperlukan ketika persalinan alami menjadi tidak mungkin atau berisiko bagi ibu atau bayi (Sri 2023).

2.1.2 Indikasi dan Kontra Indikasi Sectio Caesarea

Indikasi dan kontra indikasi *sectio caesarea* (Yunita Syaiful 2020) adalah sebagai berikut :

1) Indikasi

a) Indikasih ibu:

- 1) Plasenta *previa sentralis dan lateralis*
- 2) Panggul sempit dimana jenis panggul dengan konjungnatavera kurang dari 8 cm bisa dipastikan tidak dapat melahirkan dengan cara spontan.
- 3) Disproporsi *sepalo pelvic* yaitu ketidak mampuan kepala dan panggul.
- 4) Distosiaservik *pre eklamsia* dan *hipertensi*
- 5) Mal presentasi janin

- 6) Partus lama
- 7) Distoksia oleh karena tumor
- 8) Ruptur uteri yang mengancam
- 9) Pertimbangan lain yaitu ibu dengan resiko tinggi persalinan, apabila telah mengalami operasi *sectio caesarea* sebelumnya.

b) Indikasi janin:

- 1) Gawat Janin
- 2) Janin besar
- 3) Kontra indikasi
- 4) Janin mati
- 5) Syok, akibat anemia berat yang belum diatasi
- 6) Kelainan *congenital* berat.

2) Kontraindikasi *Sectio Caesarea*:

Status maternal yang kurang baik (misalnya penyakit paru paru berat) sehingga operasi dapat membahayakan keselamatan ibu. Pada situasi yang sulit seperti itu, tentukan keputusan bersama keluarga melalui pertemuan multidisiplin. Sektio sesarea dapat tidak di rekomendasikan jika fetus memiliki abnormalitas kariotipik yang diketahui (trisomy 13 atau 18) atau *anomaly kongenital* yang dapat menyebabkan kematian (*anencephali*).

2.1.3 Etiologi Sectio Caesarea

1) Etiologi yang Berasal dari Ibu

Menurut Manuaba yang dikutip oleh (Razak 2023), ada beberapa faktor dari sisi ibu yang dapat menyebabkan pelaksanaan *sectio caesarea*, seperti riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, panggul sempit, plasenta previa terutama pada wanita yang hamil pertama kali, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan dengan penyakit tambahan seperti jantung atau diabetes mellitus, serta gangguan dalam perjalanan persalinan seperti kista ovarium dan mioma uteri. Selain itu, ada beberapa indikasi medis untuk melakukan *sectio caesarea*, termasuk CPD (*Cepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi

Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), dan faktor-faktor yang menghambat jalan lahir.

2) Etiologi yang berasal dari Janin

Kondisi seperti gawat janin, presentasi atau posisi janin yang tidak normal, prolapsus tali pusat dengan dilatasi serviks yang terbatas, serta kegagalan dalam menggunakan alat vakum atau forceps untuk ekstraksi.

2.1.4 Patofisiologi Sectio Caesarea

Sectio caesarea atau SC adalah prosedur untuk melahirkan bayi yang beratnya lebih dari 500 gram melalui sayatan pada dinding rahim yang masih utuh. Indikasi untuk melakukan tindakan ini meliputi distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsi jaringan lunak, plasenta previa, dan faktor lainnya pada ibu. Untuk janin, indikasi utama adalah gawat janin. Setelah *sectio caesarea*, ibu mungkin mengalami adaptasi pasca-persalinan, termasuk aspek kognitif seperti kurangnya pengetahuan, serta aspek fisiologis seperti produksi oksitosin yang tidak memadai, yang dapat menyebabkan produksi ASI yang sedikit dan risiko infeksi pada luka insisi. Oleh karena itu, antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril sangat diperlukan. Nyeri akibat insisi adalah masalah utama yang mengganggu kenyamanan. Sebelum operasi, pasien harus diberi anestesi, yang bisa berupa regional atau umum. Namun, anestesi umum seringkali memiliki dampak lebih besar pada janin dan ibu, dengan risiko bayi lahir dalam keadaan apnea yang sulit diatasi ini dapat mengakibatkan kematian janin. Bagi ibu, anestesi umum dapat menyebabkan atonia uteri, mengakibatkan perdarahan yang berlebihan, dan mempengaruhi pernapasan dengan menurunkan efektivitas jalan napas karena sekret berlebihan dan kerja otot pernapasan yang terganggu. Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan motilitas usus, sehingga mengganggu proses pencernaan dan penyerapan makanan, serta meningkatkan risiko aspirasi. Pasien berisiko tinggi terhadap aspirasi sehingga pemasangan pipa *endotrakeal* mungkin diperlukan. Selain itu, penurunan motilitas usus dapat

menyebabkan perubahan pola eliminasi, seperti konstipasi. (Yunita Syaiful 2020).

2.1.5 Komplikasi Sectio Caesarea

Komplikasi *Sectio Caesarea* menurut (Yunita Syaiful 2020) adalah sebagai berikut :

1) Pada ibu

Infeksi Puerperium (Nifas) merupakan kenaikan suhu beberapa hari dalam masa nifas, dibagi menjadi:

- a) Pendarahan
- b) Trauma kandung kemih akibat kandung kemih yang terpotong saat melakukan seksiosesaria.
- c) *Endometritis* yaitu infeksi atau peradangan pada *endmetrium*
- d) Resiko ruptura uteri pada kehamilan

2) Pada bayi :

Hipoxia, depresi pernapasan, sindrom gawat pernapasan, trauma persalinan.

2.2 Konsep Post Sectio Caesarea

2.2.1 Pengertian Post Sectio Caesarea

Post *sectio caesarea* adalah suatu keadaan sesudah dilakukan tindakan pembedahan yang meninggalkan luka sayatan pada dinding perut dan rahim ibu guna mengeluarkan janin. Post partum dengan *section ceaserea* adalah ibu yang melahirkan janin dengan persalinan buatan yaitu dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dimana dalam waktu sekitar enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali seperti tidak hamil (Violita Dianatha Puteri 2023).

2.2.2 Tanda Bahaya Masa Post Sectio Caesarea (Dewi Pujianana 2022)

- 1) Pendarahan yang sangat banyak atau peningkatan pendarahan secara mendadak.
- 2) Pengeluaran cairan diluka dengan bau busuk yang menyengat. Nyeri di bagian bawah perut atau punggung.

- 3) Sakit kepala yang berlangsung terus-menerus, nyeri di area epigastrik, atau gangguan penglihatan.
- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, serta rasa sakit saat buang air kecil atau merasa tidak enak badan.
- 5) Payudara yang merah, terasa panas, atau nyeri.
- 6) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- 7) Merasa sangat tertekan atau tidak bisa merawat diri sendiri. dan bayinya.

2.2.3 Penatalaksanaan Post Sectio Caesarea

1) Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat diberikan suntikan 75 mg meperidin secara intramuskular setiap 3 jam, jika diperlukan, untuk meredakan nyeri. Alternatif lainnya adalah menyuntikkan 10 mg morfin dengan cara yang sama.

- a) Untuk wanita dengan ukuran tubuh besar, dosis yang lebih sesuai adalah 100 mg Meperidin.
- b) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
- c) Obat antiemetik, seperti protasin 25 mg, biasanya diberikan bersamaan dengan preparat narkotik.

2) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital perlu diperiksa setiap 4 jam, termasuk memantau tekanan darah, nadi, volume urine, jumlah kehilangan darah, dan kondisi fundus.

3) Terapi Cairan dan Diet

Sebagai pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL biasanya sudah memadai selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama setelahnya. Namun, jika produksi urine jauh di bawah 30 ml per jam, pasien harus dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

4) Vesika

Kateter urin dan usus dapat dilepas setelah 12 jam pascaoperasi atau pada pagi hari berikutnya. Biasanya, bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, masih lemah pada hari kedua, dan usus biasanya mulai aktif kembali pada hari ketiga.

5) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dapat bangkit dari tempat tidur sejenak dengan bantuan perawat, sedangkan pada hari kedua, pasien biasanya dapat berjalan dengan bantuan.

6) Perawatan Luka

Luka insisi perlu diperiksa setiap hari, dan penggunaan pembalut luka yang ringan serta tidak banyak menggunakan plester sangat bermanfaat. Jahitan kulit biasanya dapat diangkat setelah hari keempat pascaoperasi. Pasien bisa mandi pada hari ketiga pascapersalinan tanpa risiko merusak luka insisi.

7) Laboratorium

Secara rutin, hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi. Hematokrit tersebut harus segera diperiksa ulang jika terjadi kehilangan darah yang tidak biasa atau kondisi lain yang mengindikasikan hipovolemia.

8) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari setelah operasi. Jika ibu memilih untuk tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang menekan tanpa memberikan banyak kompresi biasanya dapat mengurangi rasa sakit.

9) Memulangkan pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin akan lebih baik jika diizinkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat atau kelima setelah operasi. Selama minggu pertama, aktivitas ibu harus dibatasi hanya pada perawatan bayi dengan bantuan orang lain.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan atau rangsangan yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan di mana fenomena ini mencakup respon fisik mental dan emosional dari individu. Nyeri adalah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terdapat pada area tertentu.

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multi dimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul terbakar dan tajam dengan penyebaran dangkal dalam atau lokal dan durasi sementara intermiten dan persistent yang beragam tergantung (Ningtyas 2023).

2.3.2 Penyebab Terjadinya Nyeri

Penyebab nyeri dapat dikategorikan menjadi dua kelompok: penyebab fisik dan psikis. Penyebab fisik nyeri meliputi trauma (baik mekanik, termal, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Sementara itu, penyebab psikis nyeri biasanya berasal dari trauma psikologis (Ningtyas 2023).

1) Trauma mekanik

Trauma mekanik menyebabkan nyeri karena ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, atau luka. Trauma termal menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor terstimulasi oleh panas atau dingin. Trauma kimiawi terjadi ketika terkena zat asam atau basa yang kuat, sedangkan trauma elektrik dapat menyebabkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat pada reseptor rasa nyeri.

2) Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan nyeri akibat tekanan atau kerusakan pada jaringan yang mengandung reseptor nyeri, serta karena tarikan, penekanan, atau metastasis. Nyeri yang terjadi akibat peradangan disebabkan oleh kerusakan pada ujung saraf

reseptor yang disebabkan oleh peradangan atau penekanan akibat pembengkakan.

2) Psikologis

Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis adalah nyeri yang tidak berasal dari penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan dampaknya terhadap kondisi fisik.

2.3.3 Tanda dan Gejala Nyeri

- 1) Suara seperti meringis, merintih, menarik napas, atau menghembuskan napas.
- 2) Ekspresi wajah yang menunjukkan meringis.
- 3) Menggigit bibir, lidah, atau mengatupkan gigi, serta dahi yang berkerut, atau mata dan mulut yang tertutup rapat atau terbuka.
- 4) Pergerakan tubuh tampak gelisah, mondar-mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, imobilisasi otot tegang.
- 5) Interaksi sosial menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu (Ningtyas 2023).

2.3.4 Klasifikasi Nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya muncul tiba-tiba dan biasanya berhubungan dengan cedera tertentu. Nyeri merupakan respon biologis terhadap kerusakan jaringan dan merupakan tanda kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Kecuali nyeri disebabkan oleh penyakit sistemik, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut biasanya terjadi dalam waktu kurang dari enam bulan atau kurang (Ningtyas 2023).

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronik itu adalah rasa sakit yang berlangsung untuk jangka waktu tertentu, konstan atau terputus-putus. Nyeri akut membutuhkan waktu lebih lama untuk sembuh dari yang diharapkan dan seringkali tidak dapat ditelusuri kembali ke penyebab atau cedera tertentu yang menyebabkan nyeri terus menerus atau berulang selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun. Beberapa peneliti menggunakan enam bulan untuk mendefinisikan nyeri sebagai kronis (Ningtyas 2023).

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Kelemahan

Kelemahan dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan mengurangi kemampuan untuk mengatasi masalah. Jika kelemahan terjadi selama periode istirahat, persepsi nyeri akan menjadi lebih intens. Nyeri seringkali berkurang setelah tidur atau istirahat yang cukup (Ningtyas 2023).

2) Jenis kelamin .

Secara umum, perempuan dianggap lebih merasakan nyeri dibandingkan laki-laki. Faktor biologis dan psikologis dianggap berperan dalam perbedaan persepsi nyeri antara jenis kelamin. Kondisi hormonal pada perempuan juga mempengaruhi tingkat nyeri yang dirasakan. Hormon estrogen dan progesteron memiliki peran signifikan dalam sensitivitas nyeri; estrogen dapat meningkatkan proses sensitisasi sentral dan perifer melalui efek pronosiseptifnya, sementara progesteron berkontribusi pada penurunan ambang batas nyeri. Akibatnya, perempuan cenderung mengalami nyeri lebih intens dibandingkan laki-laki. (Ningtyas 2023).

3) Usia

Usia seseorang mempengaruhi baik persepsi maupun ekspresi nyeri. Perkembangan usia, mulai dari anak-anak hingga dewasa dan lansia, memiliki dampak besar pada bagaimana nyeri dirasakan. Pada

anak-anak, sulit untuk menginterpretasikan dan melokalisasi nyeri karena mereka belum dapat mengungkapkan perasaan mereka secara verbal atau mengekspresikan nyeri dengan jelas. Akibatnya, nyeri yang mereka rasakan sering kali diungkapkan melalui orang tua atau tenaga kesehatan. (Ningtyas 2023).

4) Genetik

Informasi genetik yang diwarisi dari orang tua dapat mempengaruhi tingkat sensitivitas seseorang terhadap nyeri, baik meningkat maupun menurun. Gen dalam tubuh seseorang berasal dari kombinasi gen dari ayah dan ibu, di mana gen yang dominan akan menentukan kondisi fisik dan psikologis individu tersebut (Ningtyas 2023).

5) Faktor psikologis

Faktor psikologis yang memengaruhi ekspresi perilaku juga berperan dalam persepsi nyeri. Tingkat depresi dan kecemasan yang lebih tinggi pada perempuan menunjukkan adanya kontribusi jenis kelamin terhadap skala nyeri. Tingkat dan kualitas nyeri yang dialami klien berhubungan dengan makna yang diberikan pada nyeri tersebut. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri, sementara nyeri juga dapat menimbulkan rasa cemas. Respons emosional terhadap nyeri melibatkan girus *singulate anterior* dan korteks prefrontal bagian kanan. Selain itu, sirkuit serotonin dan norepinefrin berperan dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin mempengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan memengaruhi persepsi nyeri.

6) Pengalaman sebelumnya

Frekuensi nyeri yang terjadi secara berulang di masa lalu, terutama jika tidak ditangani atau menimbulkan penderitaan, dapat menyebabkan kecemasan atau ketakutan yang muncul kembali. Jika seseorang belum pernah mengalami nyeri sebelumnya, mereka mungkin merasa sangat menderita dengan keadaan tersebut. Sebaliknya, jika seseorang telah mengalami nyeri yang sama sebelumnya, mereka cenderung

menganggapnya sebagai hal yang biasa karena mereka sudah mengetahui cara mengatasi nyeri tersebut (Ningtyas 2023).

7) Budaya

Etnis dan warisan budaya telah lama diketahui memengaruhi nyeri dan cara nyerinya dimanifestasikan. Individu belajar mengenai ekspektasi dan norma budaya mereka, termasuk bagaimana merespons rasa sakit (Ningtyas 2023).

2.3.6 Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri adalah proses di mana stimulus nyeri dikirim dari lokasi terjadinya stimulus menuju sistem saraf pusat. Menurut Ningtyas (2023), proses ini umumnya dimulai dengan langkah-langkah berikut:

- 1) Kontak dengan stimulus yang dapat berupa rasa tekan, rasa tusuk, teriris, kimia dan luka bakar.
- 2) Penerimaan rangsang (*reception*) dimana ujung saraf menerima stimulus.
- 3) Proses transmisi (*transmission*) adalah tahap di mana saraf mengirimkan sinyal nyeri ke sistem saraf pusat. Pengiriman informasi ini melibatkan beberapa neuron dalam sistem saraf pusat. Setelah informasi nyeri diterima di pusat nyeri sistem saraf pusat, otak kemudian menerima sinyal tersebut dan memberikan perintah kepada organ untuk merespons.

2.3.7 Pengkajian Nyeri

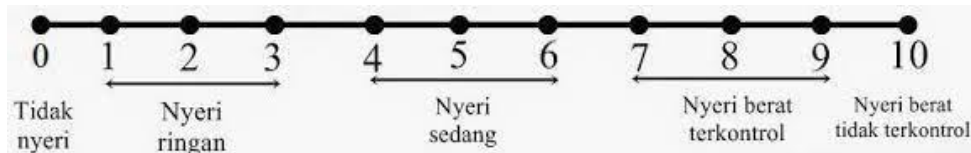
Menurut (Ningtyas 2023) beberapa hal yang harus dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain:

1) Intensitas nyeri

Minta individu untuk menilai tingkat nyeri menggunakan skala verbal, seperti tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, sangat nyeri, atau ekstrem. Alternatif lainnya adalah mengubah skala nyeri dari yang bersifat kualitatif menjadi kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10, di mana 0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti nyeri yang sangat hebat.

2) Karakteristik nyeri.

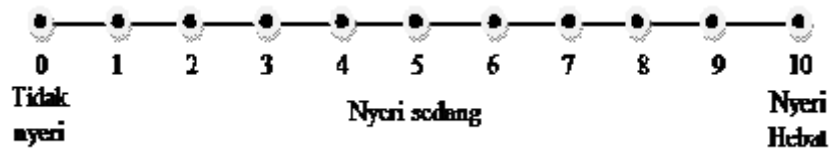
Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan beberapa aspek, termasuk lokasi nyeri, durasi nyeri (seperti menit, jam, hari, atau bulan), pola nyeri (apakah nyeri terus-menerus, hilang timbul, atau mengalami perubahan intensitas), serta kualitas nyeri (misalnya nyeri seperti tertusuk, terbakar, nyeri mendalam atau superfisial, atau seperti tertekan). Faktor-faktor yang meredakan nyeri dan apa yang diyakini pasien dapat membantu mengatasi nyeri sering kali berdasarkan pengalaman atau percobaan. Efek nyeri terhadap aktivitas sehari-hari juga penting untuk dipertimbangkan. Nyeri akut sering terkait dengan kecemasan, sementara nyeri kronis biasanya dikaitkan dengan depresi. Pengukuran nyeri yang objektif umumnya melibatkan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri tersebut. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala berikut: 1) Skala Deskriptif



Gambar 1.1 Skala Deskripsi

Pada penilaian ini, peneliti menunjukkan klien skala Minta klien untuk memilih tingkat intensitas nyeri terbaru yang mereka rasakan menggunakan skala ini, yang mencakup angka dari 0 hingga 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala numerik verbal ini lebih berguna setelah operasi, karena tidak memerlukan koordinasi visual dan motorik secara intensif. Skala verbal menggunakan kata-kata untuk menggambarkan tingkat nyeri, bukan garis atau angka. Skala tersebut bisa mencakup kategori seperti tidak ada nyeri, sedang, atau parah. Perubahan dalam nyeri dapat dinyatakan sebagai tidak berubah sama sekali, sedikit berkurang, cukup berkurang, atau nyeri hilang sepenuhnya.

2) Skala Numerik



Gambar 1.2 Skala Numerik

Skala yang paling efektif untuk mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik dianggap sederhana dan mudah dipahami, serta sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Skala ini lebih baik dibandingkan *Visual Analogue Scale (VAS)*, terutama dalam menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya terletak pada keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan nyeri, yang tidak memungkinkan perbedaan tingkat nyeri secara lebih rinci, serta anggapan bahwa jarak antara kata-kata yang menggambarkan efek analgesik adalah sama. Penilaian nyeri yang dirasakan oleh klien yaitu: 0 = Tidak ada rasa sakit, merasa normal

- 1) 1 = Nyeri hampir tidak terasa (sangat ringan) = sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu, klien tidak memperhatikan rasa sakit tersebut.
- 2) 2 = (Tidak nyaman) = nyeri ringan, seperti cubitan lembut pada kulit.
- 3) 3 = (Bisa ditoleransi) = nyeri sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikkan oleh dokter.
- 4) 4 = (Menyakitkan) = nyeri yang cukup intens dan mendalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit akibat sengatan lebah.
- 5) 5 = (Sangat menyakitkan) = nyeri yang kuat dan mendalam, seperti rasa sakit tajam akibat pergelangan kaki yang terkilir.
- 6) 6 = (Intens) = nyeri yang sangat kuat dan mendalam, hingga terasa begitu tajam sehingga memengaruhi sebagian dari indra klien, menyebabkan gangguan pada fokus dan komunikasi.

- 7) 7 = (Sangat intens) = Mirip dengan 6, tetapi nyeri tersebut benar-benar mendominasi indra klien, sehingga mengganggu kemampuan mereka untuk berkomunikasi dengan baik dan melakukan perawatan diri.
- 8) 8 = (Benar-benar mengerikan) = nyeri yang begitu hebat sehingga klien tidak dapat berpikir jernih dan sering mengalami perubahan kepribadian yang drastis ketika nyeri datang dan berlangsung lama.
- 9) 9 = (menyiksa tak tertahankan) = nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya.
- 10) 10 = (Sakit tak terbayangkan) = nyeri yang begitu hebat hingga membuat klien tidak sadarkan diri. Banyak orang tidak pernah mengalami tingkat rasa sakit ini, yang bisa membuat seseorang pingsan, seperti dalam kasus kecelakaan berat atau cedera parah, di mana kesadaran hilang akibat rasa sakit yang sangat ekstrem.

3) Skala Wajah (*Wong- Baker Faces Pain Rating Scale*)

Penilaian nyeri dengan menggunakan skala Wong-Baker sangat sederhana, namun memerlukan perhatian khusus dari penilai untuk mengamati ekspresi wajah penderita. Penilaian ini dilakukan dengan hanya mengamati ekspresi wajah penderita secara langsung, tanpa bertanya tentang keluhan mereka. Skala Wong-Baker (berdasarkan ekspresi wajah) dapat dilihat di bawah ini:



Gambar 1.3 Skala wajah (*wong-baker faces pain rating scale*)

- 1) Ekspresi wajah 1 : tidak merasakan nyeri sama sekali
- 2) Ekspresi wajah 2 : hanya sedikit nyeri
- 3) Ekspresi wajah 3 : lebih sedikit nyeri
- 4) Ekspresi wajah 4 : jauh lebih nyeri
- 5) Ekspresi wajah 5 : jauh lebih nyeri sanga
- 6) Ekspresi wajah 6 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis (Ningtyas 2023).

2.3.8 Penatalaksanaan Nyeri

Menurut (Ningtyas 2023) penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah dengan :

- 1) Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan farmakologis, seperti analgesik dan NSAID, dapat mengurangi nyeri dengan cara memblok transmisi stimulus, sehingga mengubah persepsi nyeri dan mengurangi respons kortikal.
- 2) Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang berupa:
 - a) Citra terpandu (*guided imagery*)
 - b) Relaksasi pernapasan
 - c) Kompres hangat
 - d) Hipnotherapy
 - e) Distraksi atau peralihan perhatian
 - f) Relaksasi progresif (meregangkan otot atau *stretching*)

2.4 Konsep Kompres Hangat

2.4.1 Pengertian Kompres Hangat

Menurut (Yuniarti, Rizky Eka, Tri Suraning Wulandari, and Parmilah 2023) kompres hangat adalah tindakan keperawatan yang melibatkan penerapan suhu antara 43°C hingga 46°C pada area tertentu menggunakan cairan atau alat pemanas, dengan tujuan memenuhi kebutuhan kenyamanan pada bagian tubuh yang memerlukannya.

Kompres hangat adalah metode pemberian rasa hangat pada area tertentu dengan memanfaatkan cairan atau alat pemanas untuk menghangatkan bagian tubuh yang membutuhkan. Kompres ini biasanya diterapkan selama satu jam atau lebih (Giri Susilo Adi 2022)

2.4.2 Tujuan Kompres Hangat

Menurut (Giri Susilo Adi 2022) pada umumnya bertujuan untuk mempercepat perbaikan dan pemulihan jaringan. Tujuan spesifiknya adalah:

- 1) Memperlancar sirkulasi darah
- 2) Mengurangi rasa sakit atau nyeri
- 3) Memberikan rasa hangat, kenyamanan, dan ketenangan kepada klien
- 4) Mempermudah pengeluaran eksudat
- 5) Merangsang peristaltic usus

2.4.3 Jenis-Jenis Kompres Hangat

1) Kompres hangat kering

Dapat digunakan secara lokal untuk mentransfer panas, menggunakan botol air panas, bantalan pemanas elektrik, bantalan akuatermia, atau kemasan pemanas sekali pakai.

2) Kompres hangat basah

Diberikan melalui konduksi, menggunakan kompres kasa, kemasan pemanas, atau dengan cara berendam atau mandi.

2.4.4 Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat

Gambar Tabel 1. Standar Operasional Prosedur Kompres Hangat

1	Prosedur	Kompres Panas adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan/alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya.
2	Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none">1) Buli-bulinya panas dan kain atau kasa, penutup/duknya2) Termos berisi air panas.3) Termometer air panas bila diperlukan.4) Tisu5) Handscoen bersih I pasang
3	Persiapan pasien	<ol style="list-style-type: none">1) Kontrak: Perkenalan2) Jelaskan Tujuan mengurangi membebaskan rasa nyeri, spasme otot, peradangan atau kongesti, dan memberikan rasa hangat.
4	Prosedur kerja	<ol style="list-style-type: none">1) Siapkan peralatan dan letakkan dekat dengan pasien.2) Cuci tangan dan gunakan sarung tangan3) Lakukan pemanasan terlebih dahulu pada buli-buli panas dengan cara mengisi buli-buli dengan air panas, mengencangkan penutupnya, kemudian membalik posisi buli-buli berulang kali lalu kosongkan isinya.4) Siapkan dan ukur suhu air yang diinginkan (43-46°C) dilakukan bila ada termometer5) Isi buli-buli panas dengan air panas sebanyak ½ bagian, lalu keluarkan udaranya dengan cara:

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Meletakkan/menidurkan buli-buli di atas meja/tempat datar 2. Melipat bagian atas buli sampai kelihatan permukaan air di leher buli-buli 6) Menutup buli-buli dengan rapat. 7) Periksa buli-buli apakah bocor/ tidak, lalu keringkan dengan tisu dan masukkan dalam sarungnya/dibungkus dengan duk. 8) Beri tahu klien 9) Atur posisi klien 10) Letakkan buli-buli pada bagian/area yang memerlukannya 11) Kaji secara teratur kondisi klien untuk mengetahui kelainan yang timbul akibat pemberian kompres dengan buli-buli panas, misalnya kemerahan, ketidaknyamanan/bocor dan sebagainya 12) Ganti buli-buli panas setelah 20 menit dipasang dengan air panas/ sesuai kebutuhan 13) Cuci tangan 14) Bereskan dan kembalikan peralatan bila prasat sudah selesai, lepaskan sarung
--	--	--

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep keperawatan pada klien Ibu post sectio caesarea menggunakan pendekatan proses keperawatan yang melibatkan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

1) Identitas Klien

Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit.

2) Identitas penanggung mencakup: nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien.

3) Keluhan utama

4) Riwayat penyakit sekarang

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pemeriksaan fisik tidak di lakukan secara *head to toe* tetapi lebih fokus ke masalah nyeri menggunakan skala PQRST (P : nyeri terjadi ketika pasien terlalu banyak bergerak, Q : kualitas atau sensasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : letak lokasi nyeri ada pada abdomen bagian bawah luka post operasi sectio caesarea, S : skala nyeri yang dirasakan adalah 6 (0-10)), T : nyeri yang dirasakan hilang timbul, durasinya sekitar 3-5 menit

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat diambil pada pasien Ibu post operasi *sectio caesarea* adalah Nyeri akut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan adalah suatu kegiatan dalam keperawatan untuk mencapai tujuan,menetapkan hasil yang ingin di capai dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan. Intervensi yang di ambil adalah manajemen nyeri dengan tindakan sebagai berikut identifikasi skala nyeri, serta faktor-faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri monitor keberhasilan

terapi yang di sudah berikan metode non-farmakologis untuk meredakan rasa nyeri (kompres hangat), uraikan penyebab, durasi, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi untuk mengurangi nyeri, sarankan pemantauan nyeri secara mandiri, dan ajarkan teknik non-farmakologis untuk meredakan rasa nyeri.

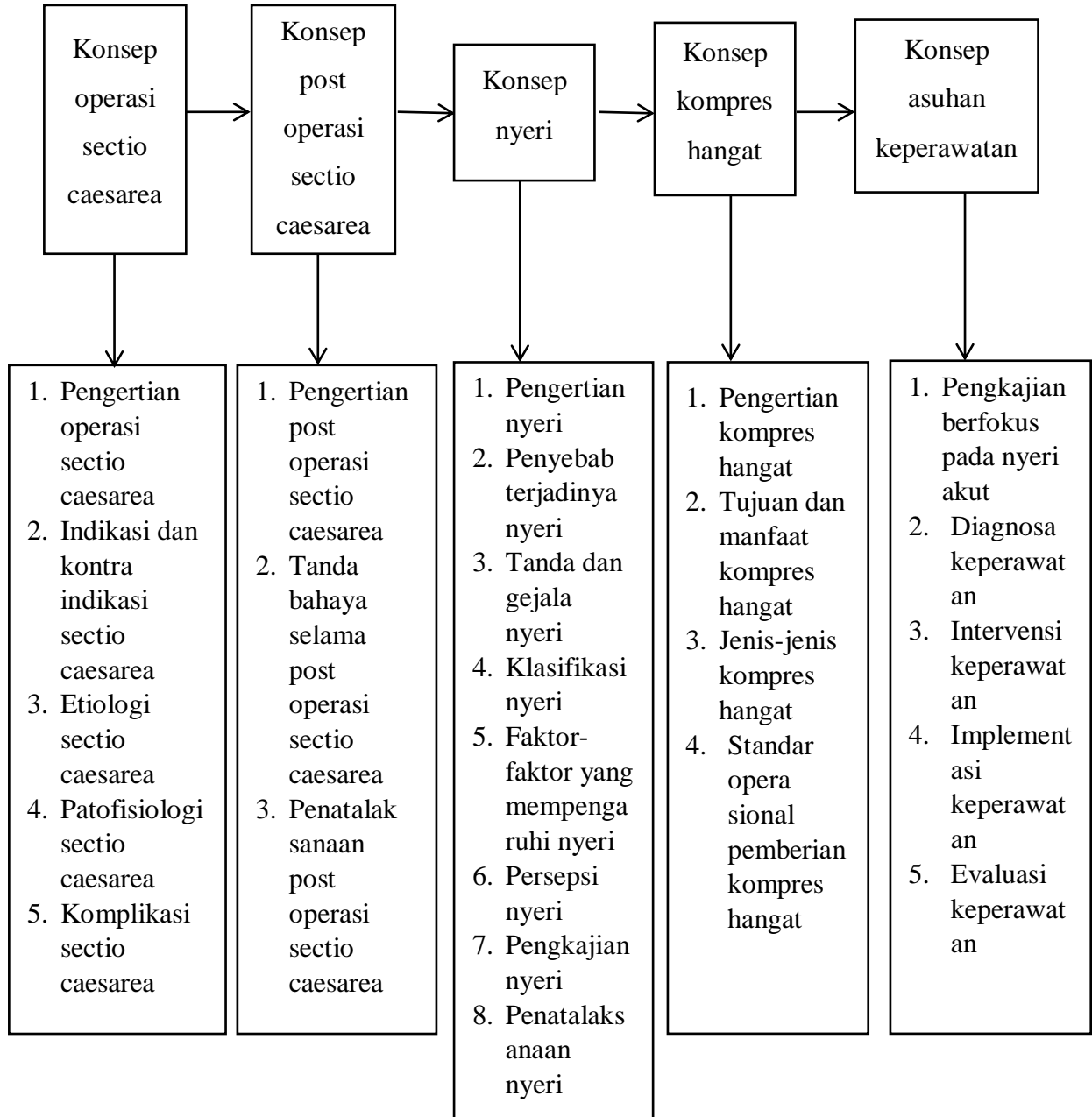
4. Implementasi Keperawatan

Implementasi studi kasus ini merupakan penerapan intervensi yang ditentukan berdasarkan kriteria hasil pada pasien wanita setelah operasi sectio caesarea. Tindakan pemeberian kompres hangat untuk mengatasi nyeri akut Ibu post operasi sectio caesarea.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada Ibu post operasi sectio caesarea dengan masalah nyeri. Ada beberapa yang harus dicapai setelah dilakukan tindakan, yaitu Keluhan nyeri menurun berkurang dan meringis menurun.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 4.1 Kerangka Konsep