

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep *Sectio caesarea*

2.1.1. Pengertian

Istilah persalinan section caesarea berasal dari bahasa latin *cedere* yang artinya memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetric, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu (Rahmawati dan Setia, 2021).

Sectio Caesarea adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan diperut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi (Penelitian et al. 2023). Tindakan *Sectio Caesarea* dilakukan karena ibu tidak dapat melahirkan proses normal melewati vagina karena ada gangguan berkaitan dengan kesehatan ibu dan bayi, berberapa syarat operasi yaitu rahim harus utuh, berat janin tidak boleh dibawah 500gram (Haryani et al. 2021).

2.1.2. Etiologi

Menurut Hijratun (2019) etiologi *Sectio Caesarea* sebagai berikut:

- a. Panggul sempit dan dystocia mekanis: Disporposi fetopelik, panggul sempit, ukuran bayi terlalu besar, malposisi dan mal presentasi, difungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan pertus lama.
- b. Pembedahan sebelumnya pada uterus; *sectio caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensi dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.

- c. Perdarahan disebabkan oleh plasenta previa dan abruption plasenta.
- d. Toximea gravidarum meliputi preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nephritis kronis.
- e. Indikasi fetal antar lain gawat janin, catat, infusensi plasenta, prolapses, finiculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post matern caesarea dan infeksi virus harpes pada traktus genetalis.

2.1.3. Jenis Sectio Caesarea

Menurut Ramadanty (2019), Terdapat beberapa jenis tindakan *Sectio Caesarea* yaitu):

a. *Sectio Caesarea* Klasik

Sectio Caesarea Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kirrakira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. *Sectio Caesarea* Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmenrahim bawah. Sayatan jenis inidilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatanvertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. *Sectio Caesarea* Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. *Sectio Caesarea* Ekstraperitoneal

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

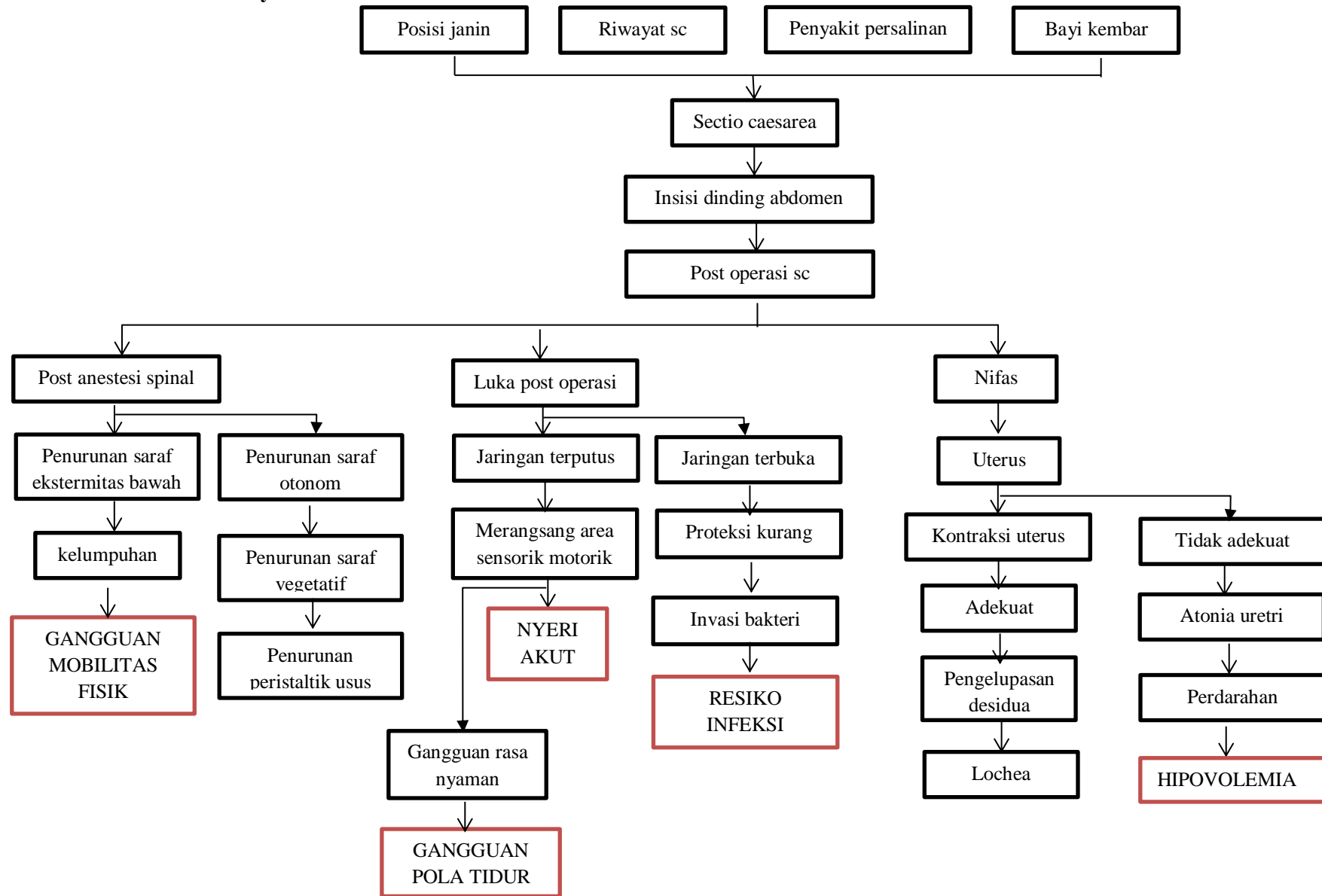
2.1.4. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta 10 previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril (Sulaksmi, 2022).

Nyeri adalah salah utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan (Rahmawati dan Desi, 2021). Operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu anestesi janin sehingga kadangkadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat

diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup (Sirait, 2022).

2.1.5. Pathway



Gambar 2.1. pathway *sectio caesarea*

2.1.6. Manifestasi klinis

Menurut Hijratun (2019), manifestasi klinis sectio caesarea, antara lain:

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin berwarna jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Tidak ada bising usus.
- e. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru.
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan, dan banyak.

2.2. Konsep Dasar nyeri akut

2.2.1. Pengertian

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh terjadinya kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau digambarkan dalam bentuk kerusakan (Hardianto, *et al.*, 2022). Nyeri mempunyai sifat yang subjektif, tidak ada parameter yang pasti untuk menilai apakah seseorang mengalami nyeri atau tidak. Nyeri akut yang dirasakan pasca operasi merupakan penyebab stres dan gelisah yang menyebabkan mengalami gangguan tidur, tidak nafsu makan, cemas dan ekspresi wajah yang tegang (Ii et al. 2021).

Nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan (kemenkes RI, 2023).

Menurut International Association for the Study of Pain (IASP), nyeri adalah fenomena rumit yang tidak hanya mencakup respons fisik atau

mental, tetapi juga emosi emosional individu. Penderitaan seseorang atau individu dapat menjadi penyebab utama untuk mencari perawatan medis, dan juga dapat menjadi alasan individu untuk mencari bantuan medis. Kenyamanan individu diperlukan, dan itu harus menyenangkan. Sakit merupakan kebutuhan penderitanya. Nyeri adalah keadaan tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi dari suatu daerah tertentu (Siti Cholifah, et al 2020).

Dari pernyataan diatas,dapat disimpulkan nyeri adalah suatu stimulus yang tidak menyenangkan dan sangat kompleks yang dapat diamati secara verbal maupun nonverbal.

2.2.2. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan menjadi beberapa jenis, yaitu nyeri somatik, nyeri menjalar (referent pain), nyeri phantom dan nyeri neurologis (Ii et al. 2021)

- a. Nyeri somatik yaitu nyeri yang disebabkan oleh rusaknya jaringan kulit dan jaringan bawah kulit seperti otot dan tulang.
- b. Nyeri menjalar yaitu nyeri yang terasa dibagian tubuh lain, yang umumnya disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada organ visceral.
- c. Nyeri neurologis yaitu bentuk nyeri tajam yang disebabkan oleh spasme di sepanjang atau di beberapa jalur saraf. 13
- d. Nyeri phantom yaitu nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang hilang, contohnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah diamputasi

Bentuk Nyeri

Berdasarkan bentuknya nyeri dibedakan menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

a. 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 sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki. Nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan (de Boer, 2019).

b. 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 (de Boer, 2019).

2.2.3. Etiologi

Menurut Dewi (2021), terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi individu terhadap nyeri diantaranya:

a. Usia

Usia merupakan variable yang paling penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sedangkan orang dewasa kadang melaporkan

nyeri jika sudah ada patologis dan mengalami beberapa kerusakan fungsi Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani

b. Jenis kelamin

Pada umumnya hasil penelitian memberikan informasi tentang jenis kelamin dalam mempengaruhi rasa nyeri yang berbeda-beda. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa wanita merasakan nyeri dengan intensitas lebih tinggi dibandingkan pria.

c. Kebudayaan

Orang belajar budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri. Budaya sangat mempengaruhi makna nyeri baik itu reaksi verbal dan nonverbal terhadap nyeri dan juga nilai-nilai yang terdapat dalam suatu budaya itu sendiri, budaya juga mengajarkan bagaimana seharusnya sikap seseorang mentolerir nyeri dan mengekspresikannya

d. Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Pengalaman seseorang terhadap nyeri dan bagaimana cara mengatasinya sangat berpengaruh terhadap respons nyeri. Intensitas rasa nyeri seseorang bergantung pula pada pengalaman nyeri dimasa lalunya, apakah nyeri itu tertangani adekuat atau sebaliknya. Seseorang yang

memiliki pengalaman nyeri yang, lebih lama termasuk kronik pada kanker akan memiliki toleransi yang, lebih terhadap rasa nyeri yang timbul.

2.2.4. Manifestasi klinis

Menurut Latifah (2022) orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis berupa:

1. Suara
 - a) Menangis
 - b) Merintih
 - c) Menarik/mengembuskan nafas
2. Ekspresi Wajah
 - a) Meringgis
 - b) Menggigit lidah, mengatupkan gigi
 - c) Dahi berkerut
 - d) Tertutup rapat/ membuka mata atau mulut
 - e) Menggigit bibir
3. Pergerakan Tubuh
 - a) Kegelisahan
 - b) Mondar-mandir
 - c) Gerakan menggosok atau berirama
 - d) Bergerak melindungi bagian tubuh
 - e) Immobilisasi
 - f) Otot tegang

2.2.5. Pengkajian nyeri

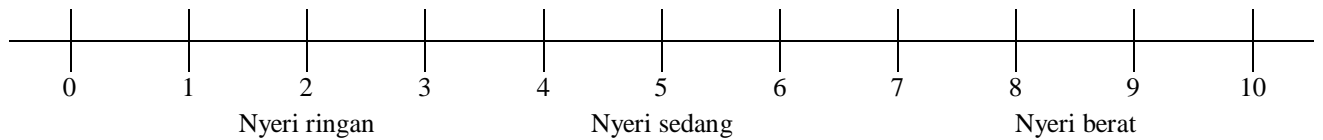
Nyeri dapat dinilai dengan memahami fitur (PQRST) yang akan membantu pasien dalam mengungkapkan keluhannya secara lengkap, yaitu sebagai berikut:

- a. Provocates/palliates (P) Informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri.
- b. Quality (Q) Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, panas, ditusuk, dan sebagainya
- c. 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
- d. 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.
- e. Time (T) Mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?”, “ sudah merasa nyeri berapa lama?”.

Skala penilaian numerik/*numerik rating scale (NRS)*

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka 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 (Dwiyanti, 2021).



Gambar 2.2 skala nyeri

Keterangan :

- 0 : Tidak terasa sakit
- 1 : Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan), seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar anda tidak memikirkan rasa sakit itu
- 2 : Tidak menyenangkan (nyeri ringan) seperti cubitan ringan pada kulit
- 3 : (Bisa ditoleransi) nyeri sangat terasa seperti pukulan ke hidung yang menyebabkan hidung berdarah atau suntikan oleh dokter
- 4 : (menyedihkan) kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- 5 : (sangat menyedihkan) kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir.
- 6 : (intens) kuat, dalam, nyeri yang menusuk kuat sehingga tampaknya memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- 7 : (sangat intens) sama seperti 6 kecuali bahwa sakit benar-benar mendominasi indra dan menyebabkan tidak dapat

berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan perawatan diri.

- 8 : (benar-benar menyakitkan) nyeri begitu kuat sehingga anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.
- 9 : (menyiksa tak tertahankan) nyeri begitu kuat sehingga anda tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau resikonya.
- 10 : (sakit tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan) nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Sumber : (Muslihin, 2019).

2.2.6. Pengelolaan nyeri

Pengelolaan nyeri merupakan suatu tindakan untuk meredakan nyeri. Mengontrol nyeri sangat penting dilakukan pada pasien post operasi. Nyeri yang terkontrol dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dalam, dan dapat mentoleransi mobilisasi yang cepat.(Aswad, 2020).

Salah satu intervensi yang dilakukan dalam pengelolaan nyeri yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri dibagi menjadi dua bagian, yaitu manajemen farmakologis dan manajemen non farmakologis.

a. Manajemen Farmakologis

Manajemen farmakologi atau dengan obat-obatan merupakan bentuk pengendalian yang sering digunakan. Jenis -jenis analgetik menurut (Handayani et al., 2019) yaitu:

1) Katerolak

Ketorolak adalah analgetik yang sering diberikan hampir pada setiap tingkatan nyeri tanpa penilaian derajat nyeri terlebih dahulu. Ketorolak termasuk dalam golongan NSAID, dimana secara umum NSAID ini mempunyai mekanisme kerja mempengaruhi sintesa prostaglandin, yaitu enzim siklooksigenase.

2) Tramadol

Tramadol adalah suatu analog kodein sintetis yang merupakan suatu agonis reseptor opioid yang lemah. Tramadol digunakan untuk nyeri sedang sampai berat.

3) Paracetamol

Paracetamol Merupakan obat untuk menangani nyeri ringan – sedang pasca operasi. Efek samping berupa nyeri ulu hati, tukak lambung, gangguan perdarahan, reaksi alergi, asma, gangguan ginjal, dll.

b. Manajemen Nyeri non Farmakologis

Manajemen nyeri non farmakologis merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan non farmakologi Tindakan non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik, tetapi tindakan non farmakologis tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik. Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis untuk

mengurangi nyeri terdiri dari beberapa teknik diantaranya adalah (Setiawan, 2019):

1. Distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien lupa terhadap nyeri yang dialami klien, misalnya pada klien post apendiktomi mungkin tidak merasakan nyeri saat perawat mengajaknya bercerita tentang hobbinya. Teknik Relaksasi, Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri post operasi.

2. Teknik relaksasi

Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Klien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati dan lambat bersama setiap inhalasi (hirup) dan ekhalasi (hembus). Relaksasi yaitu pengaturan posisi yang tepat, pikiran, beristirahat dan lingkungan yang tenang. Relaksasi otot skeletal dapat menurunkan nyeri dengan merilakskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Tindakan relaksasi dapat dipandang

sebagai upaya pembebasan mental dan fisik dari tekanan dan stress.

3. Distraksi audio/pendengaran

Pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan melalui organ pendengaran. Misalnya, mendengarkan music yang disukai, suara burung, atau gemericik air. Klien dianjurkan untuk memilih music yang disukai dan music yang tenang

4. Tirah Baring

Tirah baring merupakan suatu intervensi dimana klien dibatasi untuk tetap berada ditempat tidur untuk tujuan teraupetik. Tujuan tirah baring yaitu mengurangi aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen untuk tubuh, mengurangi nyeri meliputi nyeri pasca operasi , memungkinkan klien sakit atau lemah untuk beristirahat dan mengembalikan kekuatan, memberi kesempatan pada klien yang letih untuk beristirahat tanpa terganggu

5. Kompres dingin

Terapi kompres dingin merupakan salah satu metode nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri. Pemberian kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada daerah tertentu dengan menggunakan es batu (cold pack) sehingga memberikan efek rasa dingin pada daerah tersebut.

2.3. Konsep dasar kompres dingin

2.3.1. Pengertian

Terapi kompres dingin merupakan salah satu metode nonfarmakologi untuk mengatasi nyeri. Pemberian kompres dingin adalah memberikan rasa dingin pada daerah tertentu dengan menggunakan es batu (cold pack) sehingga memberikan efek rasa dingin pada daerah tersebut (Anggraini, 2021)

Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan dingin pada bagian tubuh yang memerlukan (Cahyani, 2023).

Kompres dingin akan membuat baal daerah yang dikompres dengan memperlambat transmisi dari impulsimpuls lainnya melalui neuron-neuron sensorik. Kompres dingin juga dapat mengurangi pembengkakan dan menyejukan bagi kulit (Panjaitan et al., 2020).

Kompres dapat merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi impuls nyeri ke medulla spinalis dan otak dapat dihambat, dengan adanya pengurangan nyeri persalinan dapat mempertahankan beberapa sensasi kontraksi uterus dan kemampuan untuk mengejan (Biges, 2019).

Hasil penelitian lainnya menekankan bahwa pemberian kompres dingin akan mempengaruhi proses hemodinamik tubuh dengan vasokonstriksi, mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga menurunkan edema, mematikan sensasi nyeri dan memperlambat proses inflamasi (Leli Nurhidayah, 2023).

2.3.2. Tujuan pemberian kompres dingin

Menurut Supriyadi, *et al.* (2023), kompres dingin bertujuan untuk meredakan nyeri dengan cara memperlambat kecepatan hantaran saraf dan menghambat impuls saraf.

Secara umum tujuan pemberian kompres dingin pada pasien adalah ;

1. Membantu menyembuhkan luka
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Meningkatkan aliran darah
4. Meningkatkan pelepasan endorfin yang membantu memblokir transmisi stimulus nyeri.

2.3.3. Evidence Based Practice kompres dingin

a. Hasil penelitian

Menurut Leli Nurhidayah, *et al.* (2023) dalam jurnal yang berjudul "Penerapan Kompres Dingin Menggunakan Cold Pack Dalam Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi" Kompres dingin efektif untuk meredakan nyeri karena memiliki efek analgesik. Hasil penelitian lainnya menekankan bahwa pemberian kompres dingin akan mempengaruhi proses hemodinamik tubuh dengan vasokonstriksi, mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga menurunkan oedema, mematikan sensasi nyeri dan memperlambat proses inflamasi (Supriyadi, *et al.* 2023).

Menurut Sumardi *et al.* (2019) mengatakan bahwa pasien post operasi walaupun telah mendapatkan obat analgesik hanya dapat mengurangi nyeri sebesar 1-1,5 sehingga pasien perlu mendapatkan intervensi non farmakologis dari perawat.

b. Efektifitas

Menurut malorung (2022) dalam penelitiannya menyatakan Hasil pengkajian sebelum dilakukan penerapan kompres dingin/ kirbat es, subyek mengalami nyeri sedang (skala 6). Hasil pengkajian setelah dilakukan penerapan kompres dingin/kirbat es, terjadi penurunan skala nyeri menjadi nyeri ringan (skala 2).

Penelitian Lubis (2019) juga menemukan hasil yang efektif saat pemberian kompres dingin pada pasien pasca operasi karena dapat menghemat biaya. Kompres dingin dilakukan dalam waktu 5- 10 menit, dan diberikan setiap hari selama 3 hari (Afandi & Rejeki, 2022). Cold pack memiliki keunggulan tahan air, tidak kaku, dapat digunakan berulang kali selama kemasan tidak bocor, dan ketahanan beku mencapai 8-12 jam tergantung box. Suhu kompres dingin yang digunakan sekitar 5-10°C dan diberikan setiap 10 menit sampai nyeri hilang (Widodo et al., 2023). Studi pendahuluan di Ruang Sadewa 1 dan Sadewa 2, diperoleh data informasi dari perawat ruangan bahwa dalam menangani nyeri pasien pasca operasi belum ada yang menerapkan tindakan pemberian terapi kompres

Skala nyeri responden yang didapatkan setelah diberikan intervensi kompres dingin sebagian besar berada pada skala 2. Nyeri yang dirasakan sebelum diberikan kompres dingin rata-rata dirasakan pada saat responden menggerakkan bagian tubuh yang dioperasi, namun nyeri yang dirasakan tidak mengganggu aktivitas responden. Setelah diberikan kompres dingin, beberapa responden mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang saat sensasi dingin mulai dirasakan. Hal ini dikarenakan dingin memiliki efek analgesik dan anestesi lokal

dalam mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan seseorang. Mekanisme lain yang mungkin terjadi adalah persepsi dingin menjadi dominan dan persepsi berkurang (Leli Nurhidayah, *et al.*, 2023).

c. Cara kerja

Cara kerja kompres dingin dalam menurunkan nyeri yaitu menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri terapi dingin yang diberikan akan mempengaruhi impuls yang dibawa oleh serabut taktil A-Beta untuk lebih mendominasi sehingga “gerbang” akan menutup dan impuls nyeri akan terhalangi (Karim, 2022).

Es dalam pemakaiannya sebaiknya tidak kontak langsung dengan kulit dan digunakan dengan perlindungan seperti dengan handuk. Handuk juga diperlukan untuk menyerap es yang mencair. Tempatkan es pada area yang sakit gosokkan es di atas daerah yang menyakitkan dengan menggunakan gerakan melingkar, keringkan kulit dengan handuk sebagai es mencair, pijat daerah selama 5 sampai 7 menit (Hasibuan, 2021)

Gunakan kantong berisi es batu atau air es dengan suhu berkisar 13° celcius. Bisa menggunakan waslap yang di celupkan ke dalam air es dengan suhu 13° c kemudian di peras menjadi lembab. Kompres dingin dilakukan didekat lokasi nyeri, disisi tubuh yang berlawanan tetapi berhubungan dengan lokasi nyeri, atau dilokasi yang terletak antara lokasi nyeri. Pemberian kompres dingin dapat dilakukan dalam waktu < 5 menit, 5-10 menit dan 10-20 menit atau setiap 2 jam sekali tergantung tingkat keparahan nyeri. Dampak fisiologisnya adalah vasokonstriksi (pembuluh darah penguncup), penurunan metabolik,

membantu pengontrolan darah, mengurangi nyeri dan menurunkan aktivitas ujung saraf pada otot (Arifin, 2022).

Penerapan kompres dingin dilakukan selama 3 kali dalam 1 hari selama 2 hari dan diperoleh hasil terjadi penurunan skala nyeri dengan rata-rata Hari ke 1 dan Hari ke 2 yaitu 1 dan 2. Kompres dingin dapat menurunkan prostaglandin dengan menghambat proses inflamasi. Kompres dingin dapat meningkatkan pelepasan endorfin yang memblokir transmisi nyeri dan menstimulasi serabut saraf α Beta sehingga menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut α -Delta dan serabut C⁶ (Arifin, 2022).

2.3.4. Efek kompres dingin

Menurut Hasibuan (2020), efek dari kompres dingin diantaranya adalah;

- a. Mengurangi suhu daerah yang sakit, membatasi aliran darah dan mencegah cairan masuk ke jaringan di sekitar luka. Hal ini akan mengurangi nyeri dan pembengkakan.
- b. Mengurangi sensitivitas dari akhiran syaraf yang berakibat terjadinya peningkatan ambang batas rasa nyeri.
- c. Mengurangi kerusakan jaringan dengan jalan mengurangi metabolisme lokal sehingga kebutuhan oksigen jaringan menurun.
- d. Mengurangi tingkat metabolisme sel sehingga limbah metabolisme menjadi berkurang.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan

berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi oleh kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan, dalam proses perawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahapan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), serta evaluasi (Hadinata, 2018)

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis, yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan, kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan.

Menurut Nugraha (2020), pengkajian yang dilakukan pada pasien post operasi adalah:

a. Data demografi

Identitas klien

Pengkajian pada identitas pasien meliputi nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, catatan medis klien, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan alamat.

b. Data biografi

1. Keluhan utama

Keluhan yang paling menonjol dan yang paling dirasakan oleh klien dengan post partum seksio sesarea. Pada saat dilakukan pengkajian pada umumnya klien mengeluh nyeri luka operasi di daerah abdomen.

2. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini, ditemukan pada saat pengkajian dengan mengambil dasar dari keluhan utama pasien dengan menggunakan teknik PQRST, yaitu:

P (*Provocative/palliative*): ini mengacu pada faktor-faktor yang memprovokasi (memperparah) atau mengurangi keluhan dan gejala pasien.

Q (*Quality/Quantity*): ini berkaitan dengan deskripsi kualitas dan kuantitas gejala atau keluhan pasien. Misalnya, bagaimana pasien mendeskripsikan rasa sakit (tajam, tertusuk, terbakar, dsb).

R (*Region/Radiation*): berkaitan dengan lokasi gejala atau keluhan pasien. Dimana pasien merasakan gejala tersebut dan apakah gejala tersebut menyebar ke bagian tubuh lain.

S (*severity/Scale*): berkaitan dengan seberapa parah atau intensitas gejala tersebut. Skala dapat digunakan untuk mengukur sejauh mana gejala tersebut mempengaruhi pasien.

T (*Timing*): melibatkan informasi tentang kapan gejala atau keluhan pertama kali muncul, seberapa lama gejala tersebut

berlangsung, dan apakah ada pola waktu tertentu yang berkaitan dengan gejala tersebut.

1. Riwayat penyakit dahulu

Mengkaji apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya dan kapan terjadi.

2. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga yang mengalami kondisi kesehatan yang sama dengan pasien, apakah itu berupa penyakit turunan atau penyakit kronis.

c. Pola kesehatan fungsional

1. Pola nutrisi

Meliputi frekuensi, jenis, porsi, jumlah makan dan minum, serta keluhan pada pola makan dan minum

2. Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan BAB dan BAK meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, bau serta masalah eliminasi

3. Pola istirahat dan tidur

Kaji kebiasaan tidur, jumlah jam tidur siang dan malam dan masalah yang dialami saat tidur. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8jam

4. Pola personal hygiene

Pemenuhan personal hygiene terganggu seperti mandi, cuci rambut, gosok gigi, gunting kuku. Karena adanya luka operasi pada abdomen ditambah kondisi klien yang lemah.

5. Pola aktivitas

Pada pasien post *Sectio Caesarea* didapatkan keterbatasan aktivitas karena mengalami kelemahan dan nyeri.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan meliputi B6 diantaranya *breathing, blood, brain, bladder, bowel* dan *bone*.

B1 (*Breathing*): ketika pasien masih dalam keadaan belum sadar karena dibawah pengaruh anastesi, evaluasi yang dilakukan terhadap pola pernapasan, tanda-tanda obstruksi, pernapasan melalui hidung, frekuensi pernapasan, simetris rongga dada, deketsi suara tambahan dalam pernapasan, keberadaan aliran udara dari hidung, tanda-tanda sianosis pada ektermitas dan pemeriksaan auskultasi terhadap keberadaan *wheezing* atau ronki.

B2 (*Blood*): dalam pemeriksaan sistem kardiovaskuler, dilakukan penelitian terhadap tekanan darah, denyut nadi, perfusi perifer, status dehidrasi (termasuk tanda-tanda hipotermia dan syok), serta kadar hemoglobin.

B3 (*Brain*): pada sistem saraf pusat, kesadaran pasien dinilai dengan menggunakan GCS (*Glasgow Coma Scale*) dan gejala kenaikan tekanan intrakranial (TIK) di perhatikan.

B4 (Bladder): sistem urogenelitas, dilakukan pemeriksaan terhadap kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urine untuk menilai apakah pasien mengalami dehidrasi, kerusakan ginjal akibat operasi atau gagal ginjal akut.

B5 (Bowel): pada sistem gastrointestinal, dilakukan penilaian terhadap beberapa aspek, termasuk perluasan (dilatasi) lambung, tanda-tanda kehadiran cairan bebas, pembengkakan abdomen (distensi), pendarahan lambung setelah operasi, obstruksi atau gangguan peristaltik usus, serta kempuangangguan pada organ lain seperti hati, limpa, pankreas, dan perluasan usus halus. Pada pasien yang telah menjalani operasi mayor, seringkali pasien mengalami kembung yang dapat mengganggu pernapasan karena pasien mengendalikan diafragma dalam proses pernapasan.

B6 (Bone): dalam pemeriksaan sistem muskuloskeletal, evaluasi melibatkan penelitian terhadap tanda-tanda sianosis, pengamatan tanda-tanda infeksi, evaluasi mobilitas dan kekuatan otot.

2.4.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensia, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan asuhan kewenangan perawat (Abdillah, 2018).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi *Seccio Caesarea* meliputi:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

- b. Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasive.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Gangguan pola tidur
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

2.4.3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi.

Tabel 2.1 intervensi keperawatan

| No | Diagnosa (SDKI) | Tujuan (SLKI) | Intervensi (SIKI) |
|----|--|---|---|
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). (D.0077) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. Frekuensi nadi membaik. | Tindakan ; Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non-verbal. 3. Identivikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu. |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 2 | <p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasive (D.0142)</p> | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat. 3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 4. Kadar sel darah putih meningkat. | <p>Tindakan Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. <p>kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu. |
| 3. | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan ROM menurun. (D.0054)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakann ekstemitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun | <p>Tindakan : dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi dini 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah daritempat tidur ke kursi) |
| 4. | <p>Gangguan pola tidur (D.0055)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidurmenurun 2. Keluhan sering terjagacukup menurun 3. Keluhan tidak puas tidur cukup menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidakcukup menurun | <p>Tindakan : dukungan tidur (I.0517)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alcohol, makan mendekati tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang,jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan sress sebelum tidur Tetapkan jadwal tidur rutin |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga |
| | | | <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 6. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 7. Anjurkan penggunaan obat bantu tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 8. Anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) |
| 5. | Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023) | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan cairan terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit meningkat 2. Output urine meningkat 3. Kekuatan nadi meningkat 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Tekanan nadi membaik 7. Membrane mukosamembaik 8. Kadar hematokrit membaik | <p>Tindakan : manajemen hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral 3. Edukasi 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid |

2.4.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Di et al. 2023).

2.4.4. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain(Dokumentasi 2022).