BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sectio Caesarea (SC)

2.1.1 Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi- komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Rahim., 2020) Sectio Caesarea merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Nurkhasanah, 2020). Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk menolong proses persalinan yaitu melalui Sectio caesarea (SC) dengan melakukan pembedahan pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding rahim (histerektomi) (Noya, 2019).

Sectio Caesarea (SC) merupakan suatu prosedur pembedahan obstetri yang bertujuan untuk melahirkan janin melalui sayatan pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi) dalam keadaan rahim yang masih utuh (Prawirohardjo, 2024). Secara klinis, prosedur ini didefinisikan sebagai tindakan medis darurat maupun elektif yang dilakukan apabila persalinan per vaginam tidak memungkinkan untuk dilaksanakan karena adanya risiko kesehatan yang mengancam nyawa ibu maupun janin (WHO, 2024).

Sectio Caesarea tidak lagi hanya dipandang sebagai tindakan bedah mayor, tetapi telah bertransformasi melalui implementasi protokol *Enhanced Recovery After Cesarean Surgery* (ERACS) yang bertujuan mempercepat masa pemulihan fungsional ibu pascaoperasi (Kemenkes RI, 2025). Secara teknis, prosedur ini melibatkan pemisahan lapisan otot perut dan insisi pada segmen bawah rahim untuk memfasilitasi pengeluaran bayi serta plasenta secara aman (Cunningham et al., 2024). Meskipun menjadi solusi dalam kegawatdaruratan obstetri, pemahaman mengenai SC di tahun 2025 tetap menekankan bahwa tindakan ini harus dilakukan berdasarkan indikasi medis yang tepat guna meminimalkan risiko morbiditas jangka panjang (POGI, 2024).

Persalina sectio caesarea (SC) merupakan proses persalinan melalui pembedahan dimana insisi atau irisan dilakukan pada dinding abdomen (perut) ibu (laparatomi) dan dinding uterus (Rahim) (histerektomi) untuk mengeluarkan bayi, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 hingga 1000gr dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Bedah caesarea dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan atas dasar indikasi medis baik dari sisi ibu dan janin, seperti placenta previa, presentasi atau letak abnormal pada janin, serta indikasi lainya yang beresiko kepada komplikasi medis dan tidak dapat membahayakan nyawa ibu maupun janin (Herlina 2024).

2.1.1 Klasifikasi *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Kemenkes (2025), bahwa klasifikasi Terdapat dua jenis prosedur SC berdasarkan sayatannya, yaitu SC klasik (korporal), ialah SC dengan sayatan horizontal pada korpusuteri kurang lebih sepanjang 10 cm dan SC ismika

(profunda), ialah SC dengan sayatan vertikal pada segmen bawah rahim kurang lebih 10 cm.

2.1.2 Etiologi *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Rahim (2019) penyebab sectio caesarea sebagai berikut:

1. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)

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

2. PEB (Pre-Eklamsi Berat)

   Pre-eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre-eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

3. KPD (Ketuban Pecah Dini)

   Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu.

4. Bayi kembar

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

5. Faktor hambatan jalan lahir

   Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.

6. Kelainan letak janin yakni kelainan pada letak kepala, letak sungsang dan elainan letak lintan

2.1.3 Patofisioogi *Sectio Caesarea* (SC)

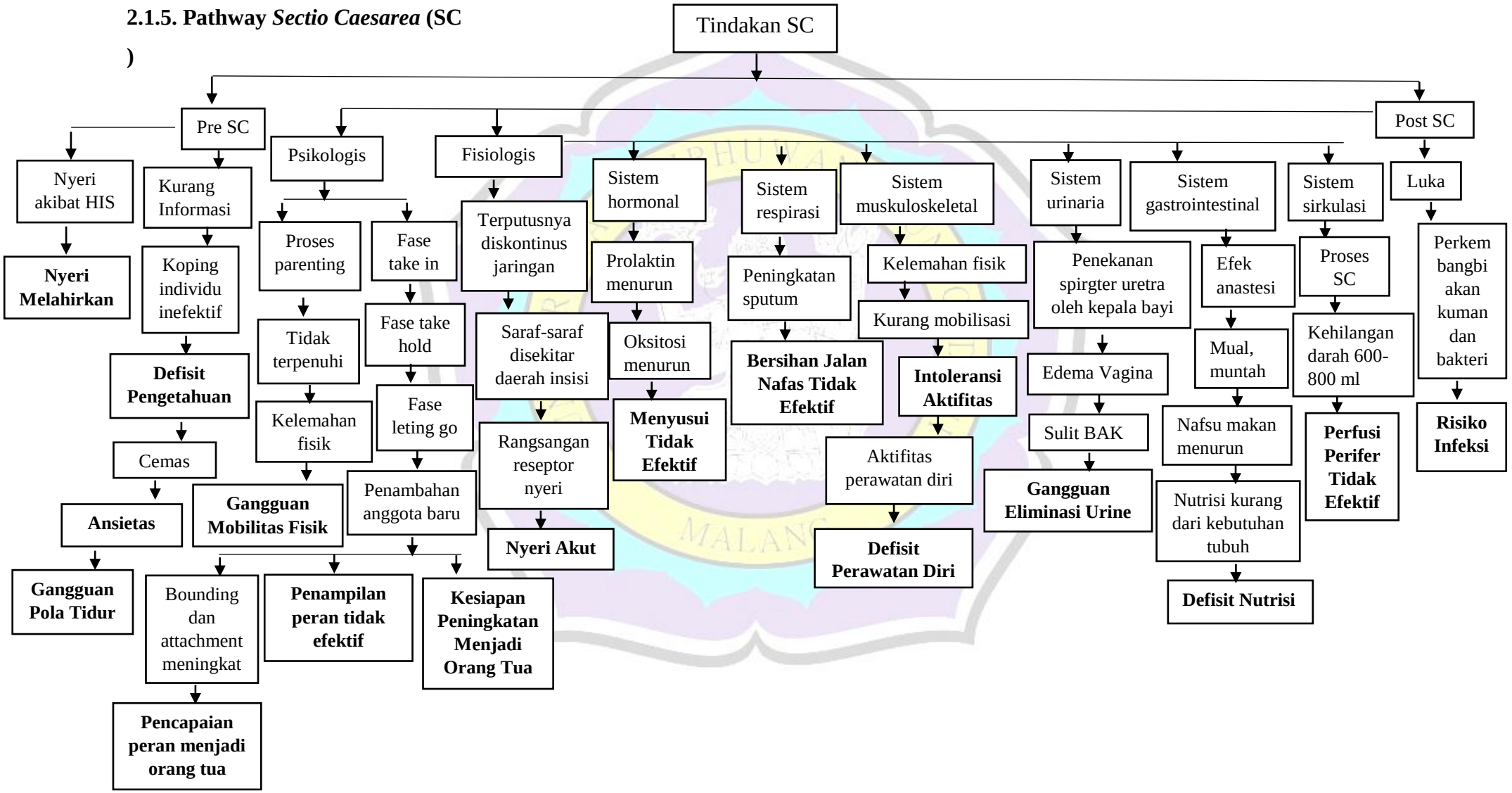
Patofisiologi *Sectio Caesarea* (SC) berawal dari adanya indikasi medis, baik dari faktor ibu seperti panggul sempit dan preeklamsia, maupun faktor janin seperti gawat janin atau kelainan letak, yang menyebabkan persalinan per vaginam tidak mungkin dilakukan secara aman (Prawirohardjo, 2024). Kehamilan terdapat komplikasi baik pada ibu dan janin serta beberapa hambatan dalam proses persalinan yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Kondisi tersebut telah menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu section caesarea. Tindakan ini dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut.

Prosedur ini melibatkan tindakan invasif berupa insisi pada dinding abdomen dan miometrium uterus yang secara langsung merusak kontinuitas

jaringan kulit serta otot (Asriani & Sartika, 2023). Kerusakan jaringan ini memicu pelepasan mediator inflamasi seperti histamin, bradikinin, dan prostaglandin yang mengaktivasi nosiseptor, sehingga menimbulkan respon nyeri akut pascaoperasi yang signifikan pada ibu. Selain itu, pembedahan menyebabkan terputusnya pembuluh darah di area insisi yang berisiko menimbulkan perdarahan masif dan memicu mekanisme kompensasi tubuh untuk mencapai hemostasis melalui vasokonstriksi serta aktivasi faktor koagulasi (Cunningham et al., 2024).

Pasca tindakan pembedahan, tubuh mengalami serangkaian perubahan fisiologis adaptif, termasuk proses involusi uteri yang dimulai segera setelah plasenta dilahirkan untuk mencegah atonia uteri (Kemenkes RI, 2025). Secara patofisiologis, luka bekas sayatan pada rahim dan perut menjadi pintu masuk potensial bagi mikroorganisme patogen, yang jika tidak ditangani dengan teknik aseptik yang ketat dapat menyebabkan infeksi luka operasi (ILO) atau endometritis (WHO, 2024). Mobilisasi dini yang dilakukan dalam 6–24 jam pascaoperasi melalui protokol ERACS bertujuan untuk menstimulasi peristaltik usus dan meningkatkan sirkulasi darah guna mencegah komplikasi tromboemboli serta mempercepat regenerasi sel pada area luka (Hanifah, 2024). Namun, gangguan pada integritas kulit ini tetap menyisakan risiko jangka panjang berupa pembentukan jaringan parut atau adhesi intraperitoneal yang dapat memengaruhi kehamilan di masa depan.

2.1.5. Pathway *Sectio Caesarea* (SC)



2.1.6. Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Sholihah (2020), bahwa manifestasi klinis *sectio caesarea* antara lain :

1. Nyeri akibat luka pembedahan
2. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
3. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
4. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
5. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml
6. Emosi labil
7. Terpasang kateter urinarius
8. Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
9. Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah
10. Status pulmonary bunyi paru jelas dan vesikuler
11. Pada kelahiran secara SC tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur
12. Bonding dan Attachment pada anak yang baru dilahirkan

2.1.7. Pemeriksaan

Menurut Kwatalo & Mudrikatim (2021) pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu:

a. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
b. Pemantauan EKG
c. JDL dengan diferensial
d. Elektrolit
e. Hemoglobin/Hematokrit
f. Golongan Darah

g. Urinalis

h. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

i. Pemeriksaan sinar X sesuai indikasi

j. Ultrasound sesuai pesanan.

2.1.8. Penatalaksanaan *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut Achadyah & Retno (2021), bahwa perawatan *post sectio caesarea* yaitu:

a. Ruang pemulihan

Dalam ruang pemulihan prosedur yang harus dilakukan yaitu memantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik.

b. Pemberian Cairan Intravena

Perdarahan yang tidak disadari di vagina selama tindakan dan perdarahan yang tersembunyi didalam uterus atau keduanya, sering menyebabkan perkiraan kehilangan darah menjadi lebih rendah daripada sebenarnya. Cairan intravena yang perlu disiapkan untuk memenuhi kebutuhan klien yaitu larutan Ringer Laktat atau larutan Kristaloid ditambah Dektrosa 5%. Bila kadar Hb rendah diiberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

c. Tanda-Tanda Vital

Setelah pulih dari anestesi, observasi pada klien dilakukan setiap setengah jam setelah 2 jam pertama dan tiap satu jam selama minimal 4 jam setelah didapatkan hasil yang stabil. Tanda vital yang perlu dievaluasi yaitu Tekanan darah, Nadi, Jumlah urin, Jumlah perdarahan, Status fundus uteri, Suhu tubuh.

d. Analgesik

Pemberian analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Pemberian analgesik dapat berupa Meperidin 75-100mg intramuskuler dan morfin sulfat 1015mg intramuskuler.

e. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus

Kateter vesika urinaria biasanya dapat dilepas dalam waktu 12 jam setelah operasi dilakukan. Sedangkan untuk makanan padat dapat diberikan kurang lebih 8 jam stelah operasi, atau jika klien tidak mengalami komplikasi.

f. Pemeriksaan laboratorium

Hematrokit secara rutin diukur pada pagi hari stelah pembedahan. Pemeriksaan dilakukan lebih dini apabila terdapat kehilangan darah yang banyak selama operasi atau menunjukkan tanda-tanda lain yang mengarah ke hipovoemik.

g. Menyusui

Menyusui dilakukan pada hari 0 *post sectio caesarea*. Apabila klien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara yang bisa mengurangi rasa nyeri pada payudara.

h. Pencegahan infeksi pasca operasi

Infeksi panggul pasca operasi merupakan penyebab tersering dari demam dan tetap terjadi pada 20% wanita walaupun telah diberikan antibiotik profilaksis. Sejumlah uji klinis acak telah membuktikan bahwa antibiotik dosis tunggal dapat diberikan saat *Sectio caesarea* untuk menrunkan angka infeksi.

i. Mobilisasi

Mobilisasai dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubahmenjadi posisi setengah duduk. Selanjutnya dengan berturrut-turut selama hari demi hari pasien dianjurkan belajar uduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian

berjalan sendiri pada hari ketiga sampai hari kelima pasca operasi *sectio caesarea*.

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian Nyeri Akut

Menurut buku SDKI No. 172 code D.0077 pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Nyeri akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial yang terjadi secara tiba-tiba dengan durasi yang singkat, biasanya kurang dari tiga bulan (IASP, 2024). Secara fisiologis, nyeri ini berfungsi sebagai mekanisme proteksi tubuh untuk memberikan peringatan dini terhadap adanya cedera, infeksi, atau prosedur bedah seperti *Sectio Caesarea* (Kemenkes RI, 2025). Karakteristik utama nyeri akut adalah onset yang cepat dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, namun memiliki prognosis yang baik karena rasa nyeri tersebut akan hilang seiring dengan berlangsungnya proses penyembuhan jaringan

(Brunner & Suddarth, 2024). Pada tingkat seluler, nyeri akut melibatkan aktivasi nosiseptor yang mengirimkan sinyal melalui serabut saraf perifer menuju sistem saraf pusat sebagai respons terhadap stimulus noksius (Prawirohardjo, 2024).

2.2.3 Penyebab Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), bahwa penyebab nyeri akut pada pasien post SC adalah agen pencedera fisik prosedur operasi. Penyebab nyeri akut pada pasien pasca *Sectio Caesarea* (SC) bersifat multifaktorial, yang secara primer bersumber dari trauma mekanik akibat sayatan bedah pada lapisan dinding perut, fasia, hingga otot uterus (Cunningham et al., 2024).

2.2.3 Tanda Dan Gejala Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain:

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Data Mayir	Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Data Minor	Tidak tersedia	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu

		5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), kondisi terkait nyeri akut antara lain:

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom koroner akut
5. Glaukoma

2.3 Konsep Kompres Air Hangat

2.3.1. Pengertian Kompres Air Hangat

Kompres hangat merupakan sebuah metode yang dapat menekan nyeri daerah nyeri dengan menggunakan panas dimana menimbulkan efek fisiologis. Kompres hangat dilakukan dengan mengompres menggunakan air hangat bersuhu 37-40°C. Terapi kompres hangat dapat dilaksanakan kurang lebih 30-40 menit pada punggung bagian bawah ibu dengan posisi miring kiri. Kompres hangat dapat dilakukan dengan menggunakan botol yang diisi oleh air hangat, handuk yang dibasahi oleh air hangat lalu diperas dan sekarang sudah ada hot water bag yang di isi dengan air hangat. Terapi kompres panas mengirimkan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang, melebarkan pembuluh darah perifer Adanya vasodilatasi dapat melepaskan produk inflamasi seperti bradikin, histamin, prostaglandin (Safitri & desmawati 2022)

Kompres air hangat merupakan tindakan pemberian panas dengan menggunakan air hangat pada area tubuh tertentu yang bertujuan untuk mengurangi nyeri, meningkatkan sirkulasi darah, dan memberikan efek relaksasi. Pada ibu *post sectio caesarea*, kompres air hangat digunakan sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu menurunkan nyeri akibat trauma jaringan pasca pembedahan (Potter et al., 2021).

2.3.2. Manfaat Kompres Air Hangat

Kompres air hangat memberikan efek vasodilatasi yang dapat meningkatkan aliran darah lokal, menurunkan spasme otot, serta mengurangi transmisi impuls nyeri ke sistem saraf pusat. Terapi ini efektif digunakan sebagai terapi pendukung dalam manajemen nyeri pasca operasi dan memiliki risiko efek samping yang minimal (Smeltzer & Bare, 2020).

Kompres hangat dapat membantu peningkatan suhu kulit, melancarkan peredaran darah, merangsang pembuluh darah, menurunkan kram otot dan menghilangkan nyeri, meredakan sensasi nyeri dan memberikan kelegaan serta kenyamanan. Air merupakan pilihan yang tepat untuk suhu yang panas dibandingkan dengan udara. Fungsi utama air disini adalah memompa suhu sehingga suhu perlahan masuk kedalam tubuh, sehingga terjadi peningkatan mekanis efek kimia positif. Adapun pengaruh lain yang terjadi pada tubuh bagian luar, tubuh bagian dalam, dan sirkulasi darah. Suhu tubuh (suhu panas) adalah energi positif bagi tubuh. Air hangat (37-40°C) mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, yaitu pelunakan jaringan ikat, terpengaruh oksigenasi jaringan, sehingga menghindari ketegangan otot, vasodilatasi dan melancarkan aliran darah,

sehingga dapat meredakan nyeri atau mengatasi nyeri (Safitri & Desmawati 2022).

2.3.3. Indikasi Kompres Air Hangat

Menurut Widyastuti, et al (2021), bahwa kompres air hangat dapat diberikan pada ibu post SC dengan kondisi:

1. Nyeri ringan hingga sedang
2. Tanda vital stabil
3. Luka operasi kering dan tidak terdapat tanda infeksi.

2.3.4. Kontraindikasi Kompres Air Hangat

Menurut Potter et al (2021), bahwa kompres air hangat tidak dianjurkan pada kondisi:

1. Luka operasi masih basah atau mengalami perdarahan
2. Terdapat tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, dan nyeri hebat
3. Gangguan sensasi pada area abdomen
4. Suhu tubuh ibu meningkat atau demam

2.3.5. Alat dan Bahan Kompres Air Hangat

Menurut PPNI (2021), bahwa alat dan bahan komres hangat sebagai berikut:

1. Air hangat dengan suhu ± 37–40°C
2. Handuk bersih atau kain lembut
3. Baskom atau wadah air
4. Sarung tangan bersih bila diperlukan.

2.3.6. Prosedur Kompres Air Hangat

Kompres dapat dilakukan 2–3 kali sehari sesuai anjuran tenaga kesehatan (Haryati & Hamidah, 2023

1. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
2. Siapkan air hangat dengan suhu yang nyaman
3. Celupkan handuk ke dalam air hangat dan peras hingga lembap
4. Tempelkan handuk hangat pada area sekitar perut, tidak langsung pada luka operasi
5. Diamkan selama 10–15 menit
6. Ganti handuk jika sudah dingin
7. Keringkan area setelah selesai
8. Cuci tangan kembali setelah Tindakan

2.3.7. Hal yang Perlu Diperhatikan

Menurut PPNI (2021), hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kompres hangat sebagi berikut:

1. Pastikan suhu air tidak terlalu panas untuk mencegah luka bakar
2. Jangan memberikan tekanan berlebih pada area perut
3. Hentikan tindakan jika ibu merasa tidak nyaman
4. Segera laporkan kepada perawat jika nyeri bertambah atau muncul tanda iritasi

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan (Sharfina, 2020).

2.4.1 Pengakajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari dasar utama dari proses keperawatan. engkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan. Status pasien akan mengatur waktu dan kedalaman. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosa keperawatan. Pengkajian adalah pemikiran asar dari proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data atau informasi dari klien agar dapat mengidentifikasi, mengnal masalah- masalah, kenutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik mental, sosial, dan lingkungan (Hutagalung, 2020). Menurut Hutagalung (2020) bahwa pengkajian terdiri dari:

a. Identitas Klien

   Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, nomor rekam medis ruang rawat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.

b. Riwayat keluarga dan Tahap Perkembangan

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini

   Dari beberapa tahap perkembangan keluarga, identifikasi tahap perkembangan keluarga saat ini. Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

2. Tahap Perkembangan keluarga yang belum tercapai

   Identifikasi tahap perkembangan keluarga yang sudah terpenuhi dan yang belum terpenuhi. Pengkajian ini juga menjelaskan kendala kendala yang membuat tugas perkembangan keluarga tersebut belum terpenuhi.

3. Riwayat keluarga inti

   Pengkajian dilakukan mengenai riwayat kesehatan keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing masing anggota keluarga meliputi penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, terutama gangguan jiwa.

4. Riwayat keluarga sebelumnya

   Pengkajian mengenai riwayat kesehatan orang tua dari suami dan istri, serta penyakit keturunan dari nenek dan kakek mereka. Berisi tentang penyakit yang pernah diderita oleh keluarga klien, baik berhubungan dengan panyakit yang diderita oleh klien, maupun penyakit keturunan dan menular lainnya

5. Riwayat Perkawinan

   Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji ialah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

6. Riwayat Obsterti

   Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

7. Riwayat Persalinan Sekarang

   Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

8. Riwayat KB

   Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan maalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

9. Pola Fungsi Kesehatan

   a. Pola Persepsi

      Setiap pola fungsi kesehatan pasien terbentuk atas interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data.

   b. Pola Tata Nilai dan Keyakinan

      Pasien tetap bersabar dan berdoa agar rasa sakit yang sedang dialami segera sembuh.

   c. Pola Nutrisi

      Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya.

d. Pola Aktivitas

Pola akivitas biasanya pada pasien post sectio caesarea mobilisasi dilakuakn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan.

e. Pola Eliminasi

Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien post sectio caesarea takut untuk melakukan BAB.

f. Pola Istirahat dan Tidur

Pola istirahat dan tidur biasasnya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan

g. Pola Reproduksi

Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

h. Pola Hubungan dan Peran

Biasanya pasien dengan tindakan oprasi sectio caesarea berhubungan dengan orang sekitar tetap baik atau mengalami gangguan disebabkan tidak melahirkan dengan normal seperti ibu-ibu lainnya

i. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Bagaimana dengan persepsi pasien terhadap tindakan operasi yang telah dilakukan.

j. Pola Sensori dan Kognitif

Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami oleh pasien harus dilakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan metode pendekatan PQRST.

k. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (*head to toe*) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI (2017) masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik, luka post operasi *Sectio caesarea*. (D.0077)
2. Risiko infeksi b.d efek prosedur pembedahan *Sectio caesarea*. (D.0143)
3. Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)
4. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, terpasang alat invasif. (D. 0054)
5. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal.(D.0049)
6. Gangguan eliminasi urine b.d efek tindakan medis, anastesi. (D.0040)
7. Gangguan pola tidur b.d nyeri akibat luka *post sectio caesarea*. (D.0055)
8. Risiko ketidakseimbangan cairan b.d prosedur pembedahan mayor, pembatasan cairan peroral.(D.0036).
9. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan refleks oksitosin. (D.0029)

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	**Perencanaan Keperawatan**	
	Tujuan & Kriteria Hasil	**Intervensi**
Nyeri Akut **D.0077** **Pengertian :** **Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.**	**Tingkat Nyeri** Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria Hasil: Memburuk / Cukup Memburuk / Sedang / Cukup Membaik / Membaik 1 Frekuensi nadi 1 2 3 4 5 2 Pola nafas 1 2 3 4 5 Meningkat / Cukup Meningkat / Sedang / Cukup Menurun / Menurun 3 Keluhan nyeri 1 2 3 4 5	**Manajemen Nyeri** Observasi: ▪ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ▪ Identifikasi skala nyeri ▪ Identifikasi respons nyeri non verbal ▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: ▪ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri ▪ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa

4	Meringis				
	1	2	3	4	5
5	Gelisah				
	1	2	3	4	5
6	Kesulitan tidur				
	1	2	3	4	5

nyeri

- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.4.4. Implementasi keperawatan

Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Astuti & Dewi., 2020).

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Mengidentifikasi skala nyeri
3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Memonitor efek samping penggunaan analgetic
10. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan terapi kompres air hangat
11. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
12. Memfasilitasi istirahat dan tidur
13. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
14. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
15. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan kompres air hangat

16. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
17. Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat
18. Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
19. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan (Hafera, 2021).

Menurut buku SLKI No. 147 code L.08066 tingkat nyeri adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022).

Kriteria hasil	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalamin cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5

Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

UNIVERSITAS TRIBHUWANA TUNGGADEWI MALANG