

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian sectio caesarea

Post partum atau pasca partum yang dikenal dengan *puerperium* yang dimana artinya melahirkan, kondisi ini sering mendapat istilah masa antar setelah kelahiran bayi sampai dengan pemulihan organ – organ reproduksi kembali ke kondisi semula saat wanita belum melahirkan (Fitri, 2024.). *Post Partum* atau yang sering juga disebut ibu pasca nifas merupakan kondisi ibu setelah masa melahirkan bayi dan mengeluarkan plasenta pada masa ini rahim akan kembali pada posisi semula sebelum hamil dan melakukan persalinan. Pada masa nifas umumnya terjadi selama 42 hari, saat masa nifas terjadi ibu akan mengalami banyak perubahan baik bentuk fisik atau fisiologis ibu (Khomsatun, 2026.).

Persalinan ialah serangkaian kejadian yang berakhir dengan mengeluarkan janin yang cukup bulan. Proses persalinan dapat berlangsung dengan dua metode, yaitu persalinan melalui vagina yang sering disebut dengan persalinan normal dan persalinan yang dilakukan melalui tindakan bedah yang dikenal sebagai *sectio caesarea* (Resa Viona, dkk, 2024). *Sectio caesarea* adalah metode pembedahan yang menghasilkan kelahiran bayi melalui potongan atau sayatan di bagian perut dan rahim. Rahim harus dalam kondisi yang utuh, pemotongan yang dilakukan selama tindakan operasi *cesarea* dapat mengakibatkan cedera yang bisa menimbulkan rasa tidak nyaman (Lasmadasari, 2022).

2. Jenis – jenis sectio caesarea

Terdapat beberapa istilah yang berhubungan dengan tindakan Sectio caesarea (SC), antara lain (Wathina et al., 2023) :

a. Sectio caesarea primer (elektif)

Persalinan sesar yang direncanakan adalah situasi dimana persalinan dengan metode operasi sesar yang telah diatur sebelumnya, sebelum tiba saatnya untuk melahirkan.

b. Sectio caesarea sekunder

Sectio Caesarea sekunder merupakan situasi dimana seorang ibu yang Tengah mengalami proses prsalinan berusaha untuk melahirkan dengan cara alami, namun karena kemajuan persalinan tidak berjalan atau mengalami kegagalan, maka opsi yang di ambil adalah melakukan operasi cesarea.

c. Sectio caesarea ulang

Seorang wanita yang telah mengalami pembedahan cesarea pada kehamilan yang lalu, kemudian pada kehamilan selanjutnya juga melahirkan dengan cara pembedahan cesarea.

d. Sectio caesarea histerektomi

Histerektomi yang dilaksanakan setelah melahirkan secara cesarea umumnya dilakukan karena beberapa pertimbangan medis yang spesifik.

e. Operasi porro

Proses ini dilaksanakan ketika janin telah meninggal di dalam rahim dan tidak dapat dikeluarkan melalui jalan lahir, sehingga dilakukan histerektomi secara langsung. Tingkat kematian ibu dan tingkat kematian bayi merupakan indikator utama dalam mengevaluasi tingkat kesejahteraan dan kesehatan

masyarakat di suatu negara. Sebagian besar kematian bayi termasuk dalam kategori kematian neonatal, yang berkaitan dengan kesehatan ibu selama masa kehamilan, pengetahuan ibu dan keluarga mengenai pentingnya perawatan prenatal, peranan tenaga kesehatan, serta ketersediaan dikelompokkan menjadi penyebab yang langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung mencakup pendaran (42%), eklamsia atau keracunan kehamilan (13%), aborsi (11%), infeksi (10%), persalinan yang bekepanjangan atau hambatan (9%), dan penyebab lainnya (15%).

3. Patofisiologi sectio caesarea

Secara patofisiologis luka pada permukaan dermis, jaringan lemak di bawahnya, otot perut, serta rahim mengakibatkan kerusakan pada jaringan yang memicu keluarnya mediator inflamasi seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin. Zat – zat ini selanjutnya mengaktifkan ujung syaraf, menghasilkan rasa sakit yang tajam setelah prosedut oprasi (Ainuha et al., 2022). *Sectio Caesarea* bisa meningkatkan kemungkinan terjadinya pendarahan, terutama disebabkan oleh sayatan yang dibuat pada rahim serta pembuluh darah di sekelilingnya. Di samping itu, setelah proses melahirkan, ibu mungkin mengalami atonia uterus, suatu keadaan dimana rahim tidak dapat berkontraksi dengan baik, yang dapat memberburuk pendarahan yang terjadi. Luka yang dihasilkan dari prosedur oprasi juga menciptakan akses bagi mikroorganisme untuk masuk, sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi di lokasi oprasi (Zuhra & Fitri, 2023).

Rasa sakit yang di akibatkan oleh oprasi dapat menghalangi Gerakan serta mobilitas seorang ibu. Ini dapat mengganggu proses penyembuhan,

meningkatkan ketidaknyamanan, dan berisiko menimbulkan komplikasi lain seperti penyembuhan luka yang lambat dan kemungkinan terjadinya trombosis. Di samping itu, rasa nyeri dan tekanan pasca operasi juga dapat berdampak pada kesejahteraan mental ibu, termasuk perasaan cemas dan kelelahan. Secara fisiologis, tekanan dan rasa sakit mampu menghambat sekresi hormon oksitosin, yang memiliki peranan krusial dalam proses pengeluaran ASI. Sebagai dampaknya, produksi dan pengeluaran ASI berjalan tidak optimal, yang dapat memengaruhi keberhasilan dalam menyusui. Apabila situasi ini terus berlangsung tanpa penanganan yang tepat, itu dapat berdampak negatif pada kesejahteraan ibu dan bayi, baik dari sisi nutrisi maupun proses keterikatan antara mereka (Zuhra & Fitri, 2023).

4. Indikasi sectio caesarea

Faktor indikasi yang dapat terjadi pada *Sectio caesarea* terbagi menjadi dua yaitu faktor ibu dan faktor janin (Marhaeni, dkk, 2020).

a. Faktor Ibu

Satu tanda yang muncul dalam prosedur *Sectio caesarea* adalah faktor Ibu, dimana latar belakang kehamilan serta komplikasi saat melahirkan yang tidak menguntungkan seperti bentuk panggul yang sempit, plasenta previa terutama pada wanita hamil pertama kali, serta kehamilan yang terkait dengan penyakit jantung menjadi alasan perlunya intervensi dari pihak ibu.

b. Faktor Janin

Faktor Faktor-faktor yang berkaitan dengan janin meliputi keadaan gawat janin, posisi kelahiran janin yang tidak biasa, penempatan janin yang abnormal,

prolaps tali pusat yang melalui ruang sempit, serta kegagalan dalam proses bersalin yang merupakan indikator adanya isu pada janin.

5. Komplikasi sectio caesarea

Terdapat beberapa komplikasi yang berpotensi pasca *Sectio caesarea* beberapa potensial dari komplikasi post *Sectio Cesarea* menurut (D. A. N. Post et al., n.d.)

a. Infeksi Luka Pasca Post SC

Infeksi pada area luka bedah adalah salah satu masalah yang sering terjadi setelah menjalani operasi caesar. Beberapa elemen risiko, seperti diabetes, kelebihan berat badan, durasi operasi yang lama, serta metode sterilisasi yang kurang tepat, dapat memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi.

b. Pendarahan Post Partum

Pendarahan yang muncul setelah melahirkan secara caesarea, khususnya pada ibu yang memiliki beberapa faktor seperti latar belakang pendarahan dan masalah pembekuan darah, membutuhkan perhatian lebih untuk melihat tanda-tanda pendarahan setelah operasi caesarea.

c. Thrombosis Vena Dalam (TVD)

TVD adalah masalah serius yang bisa terjadi setelah operasi caesarea, khususnya pada ibu yang memiliki risiko tinggi akibat tidak bergerak terlalu lama. Untuk mencegah terjadinya TVD, bisa dilakukan beberapa langkah seperti memberikan obat pengencer darah dan mendorong aktivitas fisik setelah operasi.

d. Luka Operasi yang tidak sembuh dengan baik

Luka pasca operasi yang lambat sembuh sering kali disebabkan oleh kurangnya perhatian terhadap jahitan ibu. Ini juga bisa menjadi salah satu penyebab masalah yang dihadapi ibu setelah melahirkan dengan operasi caesar. Selain perawatan luka yang kurang baik, faktor lain yang mempengaruhi proses penyembuhan luka operasi termasuk kurangnya gizi dan kebutuhan makanan dan minuman yang tidak terpenuhi

e. Kelainan Fungsional pada Organ Reproduksi

Kelainan yang terjadi setelah operasi biasanya berdampak pada rahim dan indung telur, terutama jika ada masalah yang muncul selama atau setelah prosedur. Penting untuk melakukan pengawasan jangka panjang dalam situasi ini.

f. Depresi Pasca Persalinan

Ibu yang menjalani pembedahan cesarea mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami masalah mental seperti depresi karena mereka sering merasa sakit lebih lama dibandingkan dengan ibu yang melahirkan dengan cara biasa. Maka dari itu, perhatian psikologi sangat diperlukan dalam situasi ini.

6. Pelaksanaan

a. Pemberian cairan

Biasanya para ibu sebelum menjalani pembedahan akan berpuasa selama sekitar 24 jam, sehingga cara memberikan cairan biasanya diperlukan. Cairan yang diberikan melalui intravena harus mencukupi dan banyak mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermia, dehidrasi, atau masalah pada organ

tubuh lainnya. Cairan yang sering digunakan adalah DS 10%, larutan garam fisiologis, dan RL, yang biasanya digunakan secara bergantian.

b. Diet

Pasien yang biasanya mendapatkan infus, yang dihentikan setelah pasien mengeluarkan gas, lalu mulai makan dan minum secara oral. Jumlah makanan dan minuman yang diberikan umumnya sedikit, diberikan selama 6 – 10 jam setelah prosedur operasi.

c. Mobilisasi

Mobilitas dilakukan secara perlahan-lahan dengan bergerak miring ke kiri dan kanan yang bisa dilakukan antara 6 hingga 10 jam setelah operasi. Latihan pernapasan juga bisa dilakukan sambil berbaring telentang, pada hari pertama setelah operasi, pasien sudah bisa melakukan berbagai latihan mobilitas fisik. Umumnya, pasien dilatih untuk mampu duduk selama 5 menit, berbaring telentang, atau dapat diposisikan dalam keadaan setengah duduk. Latihan dilaksanakan secara berurutan setiap hari untuk meningkatkan aktivitas fisik.

d. Keteterisasi

Kandung kemih yang terisi penuh kadang-kadang dapat menimbulkan rasa sakit, namun juga bisa terasa tidak nyaman bagi pasien setelah menjalani operasi, yang dapat mengganggu gerakan fisik dan proses menyusui. Kandung kemih yang penuh bisa mengakibatkan penyusutan rahim dan perdarahan. Kateter umumnya dipasang selama 24 hingga 48 jam, atau lebih lama, tergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

e. Pemberian obat – obatan

1) Antibiotik

Cara pemberian antibiotik dan pemilihan antibiotik biasanya berbeda – beda tergantung dari kondisi pasien

2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

- a) Supositoria : ketoprofen sup 2x 24 jam
- b) Oral : tramadol tiap 6 jam atau paracetamol
- c) Injeksi : penitidine 75 – 90 mg diberikan setiap 6 jam jika di perlukan

3) Obat – obatan lain

f. Perawatan luka

Perawatan luka dilakukan pada 1 hari setelah post operasi, jika dilihat luka basah dan berdarah harus dibuka dan diganti

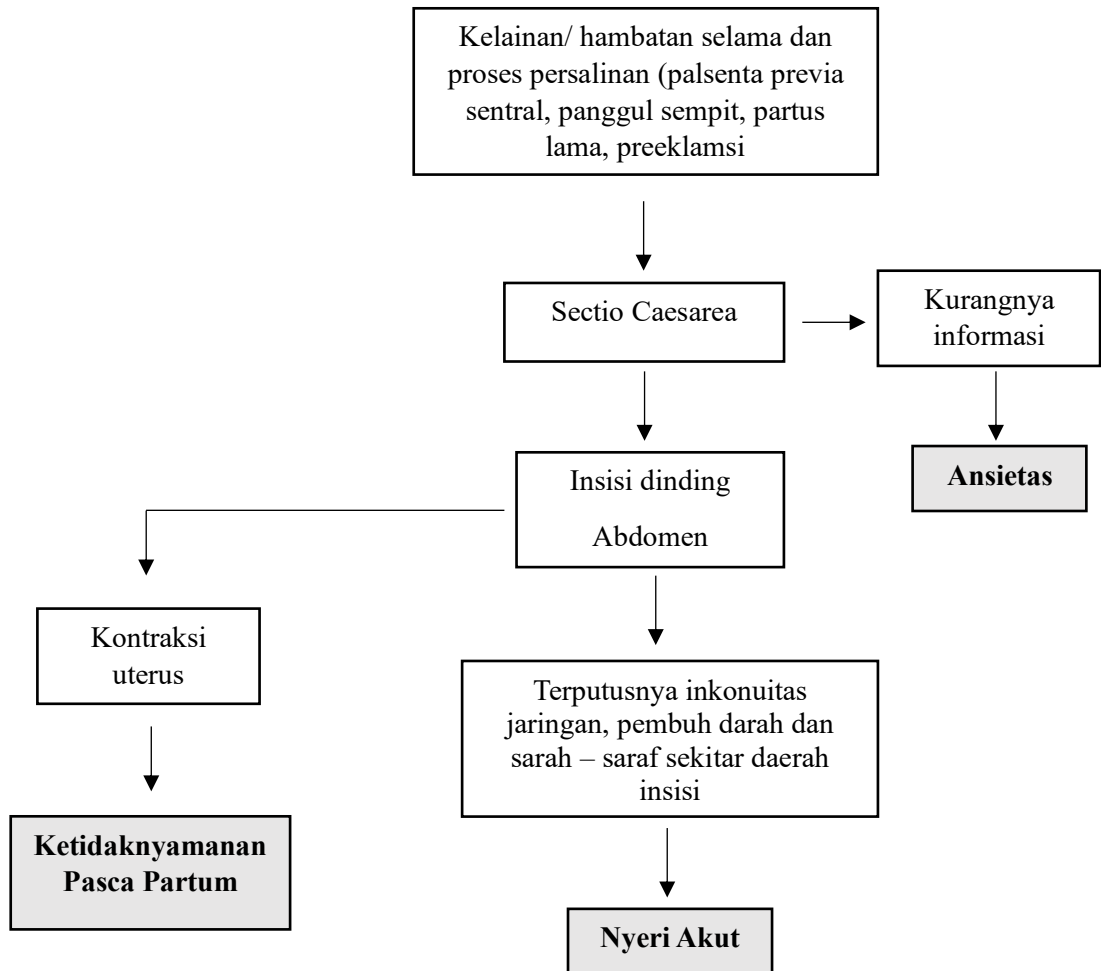
g. Perawatan rutin

Perawatan yang harus di perhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan

h. Perawatan payudara

Menyusui bisa dimulai setelah menjalani operasi jika sang ibu memilih untuk menyusui. Apabila ibu memilih untuk menyusui, gunakanlah bantalan payudara yang dapat menahan payudara tanpa memberi tekanan yang terlalu banyak, dan umumnya dapat membantu mengurangi rasa sakit.

B. Problem Tree



Gambar 1 Problem Tree Nyeri Akut Pasca Partum

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

C. Konsep asuhan keperawatan pada nyeri akut akibat post sectio caesarea.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan pengkajian awal pasien yang baru masuk yang mengkaji menyeluruh mengenai keadaan pasien, yang mencakup riwayat kesehatan, kondisi umum, pemeriksaan fisik, dan vital sign yang dilaksanakan saat kedatangan pasien. Proses pengkajian awal diwajibkan dilakukan oleh perawat dan sebaiknya dilaksanakan saat pasien tiba di ruang rawat, serta harus selesai dalam batas waktu 24 jam setelah pasien diterima. Hasil dari pengkajian ini wajib di catat di formulir penerimaan pasien oleh perawat dengan menjunjung tinggi kerahasiaan pasien. Proses pengkajian ini menjadi langkah pertama dalam rangkaian keperawatan dan di laksanakan secara terstruktur dengan mengumpulkan informasi individu secara menyeluruh yang berkaitan dengan aspek biologi, mental, sosial, dan spritual (Ulina et al., 2020).

a. Identitas pasien dan penanggung jawab

Meliputi informasi pribadi klien, termasuk nama lengkap, lokasi dan tanggal lahir, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, alamat, diagnosa kesehatan, nomor catatan medis, tanggal masuk, tanggal evaluasi, dan identitas penanggung jawab.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan ungkapan yang disampaikan oleh pasien dengan kalimat mereka sendiri. Ungkapan ini menjadi landasan awal untuk menentukan langkah-langkah perawatan berikutnya. Misalnya, masalah istirahat yang bisa

mengganggu kegiatan sehari-hari. Bagi ibu yang baru menjalani operasi caesar, masalah istirahat adalah keluhan yang sering terjadi.

c. Riwayat kesehatan pasien

1) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan sebelumnya adalah informasi tentang keadaan kesehatan individu sebelum ini, yang mencakup riwayat penyakit, tindakan atau perawatan medis yang telah diterima, serta faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan keadaan kesehatan saat ini.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sebelumnya adalah informasi tentang keadaan kesehatan seseorang yang pernah terjadi, yang mencakup sejarah penyakit, tindakan medis atau terapi yang telah dilakukan, serta faktor risiko yang berhubungan dengan kondisi kesehatan saat ini.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit saat ini merupakan komponen dalam analisis yang memusatkan perhatian pada pengumpulan data mengenai keluhan utama pasien serta semua gejala atau tanda yang sedang dirasakan. Sasaran dari evaluasi ini adalah untuk mendukung penentuan diagnosis awal dan merancang rencana perawatan yang sesuai bagi pasien.

d. Riwayat obstetri dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi : umur manarche, siklus menstruasi, lamanya menstruasi,

banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi datang, dan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT)

2) Riwayat pernikahan: berapa kali melakukan pernikahan dan berapa lama umum

pernikahan

3) Riwayat kelahiran, persalinan, dan nifas yang lalu: riwayat kehamilan ini berisi

data kehamilan sebelumnya seperti (umur kehamilan dan faktor yang menjadi penyulit dalam proses persalinan), riwayat persalinan sebelumnya (jenis penolong dan penyulit), komplikasi nifas (laserasi, infeksi dan pendarahan), serta jumlah anak yang dimiliki

4) Riwayat keluarga berencana : jenis aseptor seperti KB dan lama menggunakan KB

e. Pola kebutuhan dasar (bio-psiko-sosial-kultural-spiritual)

1) Bernapas dengan Normal

Bernapas dengan normal merupakan kemampuan memenuhi kebutuhan oksigen secara adekuat.

2) Makan dan Minum yang cukup

Makan dan minum yang cukup guna memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan yang cukup untuk tubuh.

3) Eliminasi (BAK dan BAB)

Menggambarkan pola fungsi eliminasi yang mencakup kebiasaan buang air besar, meliputi frekuensi, konsistensi, dan bau feses, serta kebiasaan buang air kecil yang meliputi frekuensi, warna, dan jumlah urin.

4) Bergerak dan mempertahankan postur

Menggambarkan pola aktivitas sehari-hari pasien serta mengkaji pengaruh aktivitas tersebut terhadap kondisi kesehatannya. Selain itu, dinilai pula kemampuan mobilisasi selama masa kehamilan, termasuk adanya kesulitan yang dialami serta tingkat kemandirian pasien dalam beraktivitas, apakah dilakukan secara mandiri atau memerlukan bantuan.

5) Istirahat – Tidur

Pola istirahat dan tidur pasien, termasuk durasi waktu tidur dalam sehari serta kebiasaan tidur siang yang dilakukan.

6) Berpakaian

Kebutuhan berpakaian merupakan bagian dari kebutuhan dasar yang menunjukkan kemampuan individu dalam menjaga kemandirian, meliputi memilih, mengenakan, dan melepas pakaian sesuai kondisi dan norma. Pemenuhannya berkaitan dengan kenyamanan, perlindungan tubuh, serta harga diri, dan dapat terganggu akibat keterbatasan fisik maupun psikologis sehingga memerlukan intervensi keperawatan. Mempertahankan suhu tubuh kebutuhan mempertahankan suhu tubuh merupakan kemampuan individu dalam menjaga kestabilan suhu tubuh dalam batas normal melalui proses termoregulasi, baik secara fisiologis maupun perilaku, seperti menyesuaikan pakaian dan lingkungan.

7) Mempertahankan hygiene dan integritas kulit

Kebutuhan mempertahankan kebersihan diri dan integritas kulit merupakan kemampuan individu dalam menjaga kebersihan tubuh serta mempertahankan keutuhan kulit guna mencegah infeksi dan kerusakan jaringan.

8) Keamanan

Kebutuhan keamanan merupakan kemampuan individu dalam melindungi diri dari bahaya serta menciptakan kondisi fisik dan psikologis yang bebas dari rasa nyeri, cemas, dan ketidaknyamanan.

9) Nyeri/kenyamanan

Pemenuhan kebutuhan dasar manusia adalah membantu individu mencapai kondisi nyaman dengan menghindari rasa nyeri dan ketidaknyamanan, sehingga individu dapat mempertahankan fungsi tubuh secara optimal serta meningkatkan kualitas kesehatannya.

10) Berkomunikasi dengan orang lain

Kebutuhan berkomunikasi merupakan kemampuan individu dalam menyampaikan dan menerima informasi, perasaan, serta kebutuhan melalui interaksi verbal maupun nonverbal dengan orang lain.

11) Beribadah sesuai keyakinan

Latar belakang budaya pasien, tujuan hidup yang dimiliki, keyakinan yang dianut, serta nilai dan praktik budaya yang berkaitan dengan kesehatan.

12) Bekerja (produktivitas)

Kebutuhan bekerja (produktivitas) merupakan kemampuan individu dalam melakukan aktivitas yang bermakna untuk mencapai kepuasan diri, kemandirian, dan peran sosial.

13) Bermain dan rekreasi

Kebutuhan bermain dan rekreasi merupakan kemampuan individu dalam melakukan aktivitas yang bersifat menyenangkan untuk relaksasi, mengurangi stres, dan meningkatkan kesejahteraan fisik maupun psikologis.

14) Belajar dan memenuhi rasa ingin tahu (edukasi)

Kebutuhan belajar merupakan kemampuan individu dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk memenuhi rasa ingin tahu serta meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum: mencakup tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda – tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA)

2) Pemeriksaan *Head to toe*

a) Kepala: melakukan observasi pada wajah pasien untuk menilai adanya tanda pucat pada wajah serta keberadaan kloasma.

b) Mata: melakukan pemeriksaan sklera untuk menilai warna (normal atau ikterik) serta konjungtiva untuk menilai adanya anemia.

c) Leher: Melakukan pemeriksaan untuk menilai adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfa.

d) Dada: melakukan pemeriksaan payudara meliputi, adakah pembengkakan pada payudara, warna areola, kondisi puting, serta pengeluaran ASI. Selain itu, menilai pergerakan dada, penggunaan otot bantu pernapasan, dan auskultasi bunyi napas normal maupun abnormal.

e) Abdomen: pemeriksaan abdomen meliputi adanya linea dan striae, kontraksi uterus, kemampuan eliminasi urin, kondisi luka SC, bising usus, tinggi fundus uteri, serta adanya diastasis rectus abdominis.

f) Genetalia: pengkajian kebersihan genital, pengeluaran lokhea, serta hasil pemeriksaan vaginal toucher.

- g) Ekstermitas: pemeriksaan adanya edema, varises, capillary refill time (CRT), serta refleks patela
- h) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan tripel eliminasi (sifilis, hepatitis B, dan HIV), kadar hemoglobin, serta pemeriksaan USG.

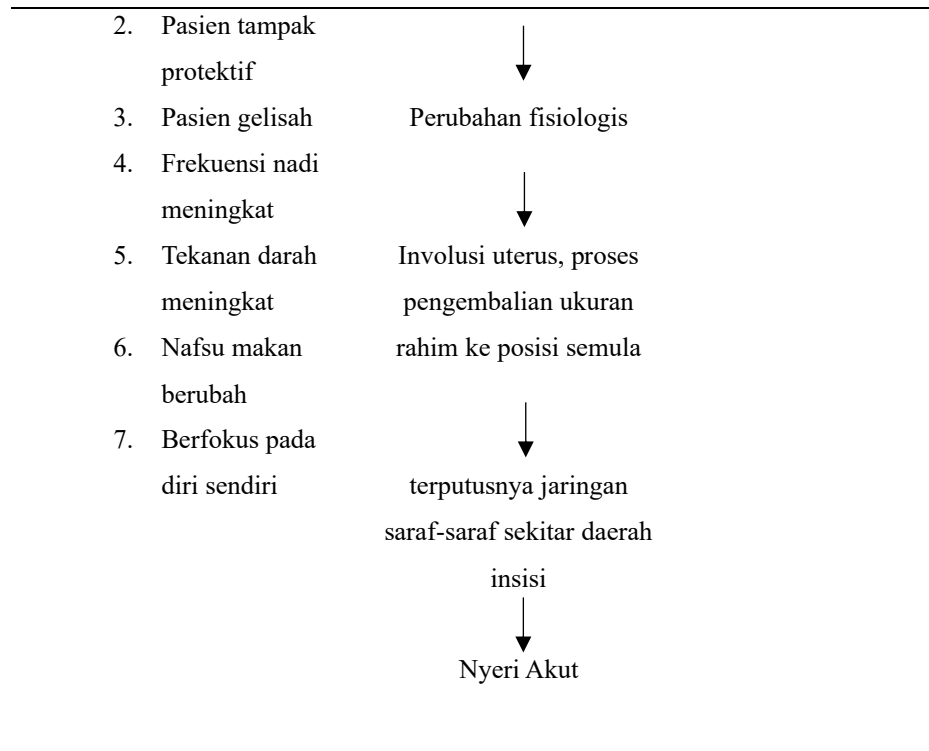
2. Diagnosis Keperawatan

Data yang di temukan Menurut PPNI melalui SDKI 2017, diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respons atau pengalaman individu, keluarga, maupun komunitas terkait masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan, atau proses kehidupan yang sedang dialami. Diagnosis keperawatan memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat guna membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Sehubungan dengan pentingnya hal tersebut, diperlukan adanya standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah ada sebelumnya. Dalam penelitian ini, pernyataan diagnosis yang digunakan harus didasarkan pada masalah keperawatan berupa nyeri akut (PPNI, 2017).

a. Analiasis data

Tabel 1
Analisis Data Keperawatan pada Pasien dengan Ketidaknyamanan
Pasca Partum Post Sectio Caesarea 2026

No	Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	DS: - DO: 1. Pasien tampak meringis	Post sectio caesarea ↓ Adaptasi Post Partum	Nyeri Akut (D.0077)



b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang di angkat dalam penelitian studi kasus ini adalah nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi sectio caesarea dibuktikan dengan Ny.A mengeluh nyeri, nyeri pada bagian luka bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk, rasa nyeri yang dirasa sering, durasi nyeri yang dirasa 5 menit sekali saat mencoba melakukan aktifitas fisik dengan skala 7, pasien mengatakan tidak nafsu makan yang dibuktikan dengan Ny.A tampak meringis, bersikap protektif, tampak gelisah, frekuensi nadimeningkat,pola napas berubah, nafsu makn berubah, berfokus pada diri sendiri tekanan darah 147/80mmHg frekuensi nadi meningkat 110x/mnt.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang diberikan berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas.

Pada penelitian ini peneliti merencanakan memberikan asuhan keperawatan berupa intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan Nyeri Akut yang dialami oleh pasien post section cesarea.

Tabel 2
Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Nyeri Akut
Post Sectio Caesarea 2026

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Hasil Kriteria	Intervensi
1	2	3
Nyeri Akut (D.0077) nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi sectio caesarea dibuktikan dengan Ny.A mengeluh nyeri, nyeri pada bagian luka bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk – tusuk, rasa nyeri yang dirasa sering, durasi nyeri yang dirasa 5 menit sekali	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 6 jam selama 3 hari diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5) 5. Pola napas membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5)	Intervensi utama: Manajemen nyeri (I.08238): Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik (cefadroxil 500mg, paracetamol 500 mg, Vit A 2000)

1	2	3
saat mencoba melakukan aktifitas fisik dengan skala 7, pasien mengatakan tidak nafsu makan yang dibuktikan dengan Ny.A tampak meringis, bersikap protektif, tampak gelisah, pola napas berubah, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri tekanan darah 147/80mmHg frekuensi nadi meningkat 110x/mnt.		Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologi terapi musik dan nafas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik (cefadroxil 500mg, paracetamol 500 mg, Vit A 2000) Terapi Relaksasi (I.09326): Observasi: 1. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan

1	2	3
		3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik: 1. Gunakan pakaian longgar 2. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi: 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (music dan napas dalam) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang di pilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Demonstrasikan dan latih teknik relakssi (music dan napas dalam)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien berpindah dari kondisi kesehatan yang bermasalah menuju kondisi yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan yang diberikan meliputi dukungan, terapi atau pengobatan, serta tindakan yang bertujuan memperbaiki kondisi kesehatan. Selain itu, perawat juga memberikan edukasi kepada klien dan keluarga serta

melakukan upaya pencegahan agar tidak terjadi masalah kesehatan di masa mendatang.

Implementasi keperawatan pada ibu post sectio caesarea telah dilakukan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya, yaitu meliputi tindakan yang bertujuan untuk meningkatkan kondisi kesehatan ibu yakni memberikan tindakan keperawatan guna menurunkan tingkat nyeri dengan manajemen nyeri serta terapi relaksasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan tindakan yang telah direncanakan sudah tercapai atau masih memerlukan pendekatan lain. Pada tahap ini, perawat mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah diberikan serta mengidentifikasi perkembangan status kesehatan klien. Selain itu, evaluasi juga berfungsi sebagai sarana komunikasi mengenai kondisi terkini pasien dan menjadi dasar dalam melakukan penyesuaian atau revisi rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien setelah dilakukan penilaian (Dwi purnama et al., 2023). Hasil yang diharapkan dari implementasi keperawatan pada pasien ibu post sc ini apakah mampu mengurangi Nyeri Akut dengan memberikan asuhan keperawatan.

Komponen evaluasi yang dapat digunakan guna memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien adalah SOAP.

S: Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan yang masih dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

O: Data Objektif

Data objektif merupakan data yang didasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan

A: Analisis

Analisis adalah proses penafsiran terhadap data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Analisis ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosis keperawatan yang masih berlangsung, serta dapat pula menetapkan masalah atau diagnosis baru yang muncul akibat perubahan kondisi kesehatan pasien berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah ditemukan

P: Planing

Perencanaan keperawatan mencakup penentuan apakah intervensi yang telah disusun sebelumnya perlu dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan. Tindakan yang sudah memberikan hasil optimal dan tidak memerlukan pengulangan umumnya dihentikan. Sementara itu, tindakan yang masih relevan dan efektif untuk mengatasi masalah pasien serta memerlukan waktu hingga mencapai hasil yang diharapkan perlu dilanjutkan. Adapun tindakan yang dinilai berpotensi membantu tetapi belum optimal dapat dimodifikasi, baik dengan meningkatkan kualitas pelaksanaannya maupun memilih alternatif lain yang diyakini lebih efektif dalam mempercepat proses pemulihan.