

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Seksio Sesarea

1. Definisi

Seksio sesarea merupakan prosedur medis untuk melahirkan bayi dengan cara membuat sayatan pada perut dan rahim. Tindakan ini dilakukan apabila persalinan secara normal tidak memungkinkan. Persalinan melalui bedah sesar merupakan metode kelahiran dengan cara melakukan sayatan melalui dinding perut (laparotomi) dan rahim (hiskotomi) guna mengeluarkan satu atau lebih bayi ini dan juga dikenal sebagai upaya penyelamatan nyawa bagi ibu dan bayi (Effivania & Wulaningsih, 2025).

Tindakan operasi ini dilakukan oleh dokter spesialis obgyn dengan indikasi kehamilan yang bermasalah dan tidak memungkinkan untuk dilakukan kelahiran normal atau pervaginam. Meskipun seksio sesarea dianggap aman, prosedur ini tetap memiliki risiko seperti infeksi, perdarahan, atau masa pemulihan yang lebih lama dibandingkan persalinan normal. Oleh karena itu, keputusan untuk menjalani Seksio sesarea harus berdasarkan evaluasi medis yang menyeluruh dan dilakukan oleh tim medis yang kompeten. (Burhan et al., 2025)

2. Etiologi

Menurut Murniati & Wulaningsih (2025), faktor ibu dan janin adalah dua alasan mengapa *seksio sesarea* dilakukan. Dua faktor tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Faktor ibu

- 1) Gejala plasenta Previa Sentralis, Lateralis (posterior) serta totalis

Ketika ari-ari atau plasenta berada di bagian bawah rahim, plasenta previa menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Kondisi ini juga dapat menyebabkan banyak perdarahan baik sebelum maupun selama persalinan.

2) CPD (*Cephalopelvic Disproportion*)

CPD adalah kondisi ketika kepala bayi tidak dapat melewati panggul ibu, dan proses persalinan normal dapat menjadi sulit.

3) Terjadi disporsi sefalo-pelvik

Ketidaksesuaian antara dimensi panggul ibu dan ukuran kepala janin. Kondisi ini dapat mencegah bayi turun melalui jalan lahir, yang berpotensi menyebabkan persalinan yang lebih lama, risiko operasi sesar yang lebih tinggi, dan risiko komplikasi yang lebih besar bagi ibu dan bayi.

4) Mengalami persalinan lama (*prolonged labor*)

Jika proses persalinan berlangsung lebih lama dari yang seharusnya, disebut persalinan lama. Ini terjadi untuk ibu primigravida (yang melahirkan anak pertama) atau multigravida (yang melahirkan anak kedua atau ketiga).

5) Terjadi ruptur uteri yang mengancam

Ruptur uteri adalah kondisi gawat darurat yang memerlukan pengobatan segera karena dapat membahayakan ibu dan janin. Ini biasanya terjadi pada ibu hamil yang pernah menjalani operasi rahim.

6) Pada persalinan tak maju (*obstructed labor*)

Persalinan tak maju disebabkan oleh kontraksi uterus yang memadai dan janin tidak dapat melewati jalan lahir.

7) Mengalami distosia serviks

Kondisi di mana serviks, atau leher rahim, tidak melebar dengan baik selama persalinan, yang menghambat persalinan.

8) Terdapat preeklamsia

Peningkatan tekanan darah dan protein dalam urine setelah dua puluh minggu kehamilan adalah tanda komplikasi kehamilan.

9) Mengalami kondisi disfungsi uterus

Perdarahan vagina dari uterus yang sering terjadi, berlangsung terlalu lama, lebih dari normal, atau tidak teratur.

10) Mengalami distosia jaringan lunak

Distosia jaringan lunak adalah kesulitan persalinan yang disebabkan oleh masalah pada jaringan lunak di sekitar panggul, seperti serviks atau vagina, daripada masalah pada tulang panggul itu sendiri.

b. Faktor Janin

1) Terjadi Letak Lintang

Janin melintang pada uterus dan kepala di satu sisi, dan bokong di sisi lain. Sebagian besar bokong sedikit lebih tinggi dari kepala janin, dan bahu berada di atas pintu atas panggul. Ada kemungkinan bahwa punggung janin berada di belakang (dorsoposterior), di depan (dorsoanterior), di bawah (dorsoinferior), atau di atas (dorsosuperior).

2) Terjadi letak sungsang

Bayi berada dalam posisi sungsang, atau presentasi breech, ketika bokong atau kaki, bukan kepala, berada di bagian bawah rahim, siap untuk dilahirkan. Kondisi ini muncul pada 3-4% kehamilan dan muncul saat kehamilan mencapai usia penuh.

3) Mengalami presentasi rangkap apabila reposisi tak tercapai

Ketika janin memiliki bagian tubuh lain seperti tangan, lengan, atau kaki di dekat kepalanya, itu disebut presentasi rangkap

4) Mengalami presentasi dahi serta muka apabila reposisi pada cara lain tak tercapai

Kondisi di mana kepala janin berada dalam posisi defleksi, atau mendongak, daripada fleksi, sehingga dahi atau muka paling rendah.

3. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang mengakibatkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, Misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, preeklamsia dan malpresentasi janin. Kondisi ini menyebabkan perlu adanya satu tindakan pembedahan yaitu seksio sesarea. Selain itu, dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang dapat menyebabkan nyeri. Nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan ketidaknyamanan, gangguan tidur seperti sering terbangun saat tidur, serta penurunan kemampuan istirahat pasien. Setelah proses pembedahan, daerah insisi ditutup dan menimbulkan luka operasi yang menjadi sumber rangsangan nyeri sehingga pasien mengalami nyeri akut akibat trauma jaringan post pembedahan. (Burhan et al., 2025)

4. Manifestasi Klinis

Nyeri merupakan manifestasi utama pada pasien post operasi seksio sesarea yang mengakibatkan aktivasi saraf simpatis sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan frekuensi dan kekuatan kontraksi jantung yang akan diinterpretasikan

pada perubahan respon fisiologi seperti peningkatan tekanan darah dan denyut nadi. Sensasi nyeri yang dirasakan akan menstimulus kortisol, adrenokortikotropin, dan katekolamin yang dapat menghambat pelepasan insulin, sehingga dapat memengaruhi proses penyembuhan luka operasi menjadi lebih lama. Manifestasi klinis lain juga dapat ditemukan pada post operasi seksio sesarea seperti kontraksi lemah fundus uterina yang teraba pada regio umbilikus, kehilangan volume darah selama prosedur pembedahan, perubahan status emosional seperti cemas, mual, dan muntah akibat dari pengaruh anestesi. (Sugito et al., 2023)

5. Komplikasi

Persalinan melalui operasi seksio sesarea dapat menimbulkan sejumlah komplikasi, salah satunya adalah rasa nyeri pada area insisi atau luka sayatan di dinding perut dan rahim. Intensitas nyeri biasanya meningkat dalam 12 jam pertama setelah operasi. Jika tidak segera ditangani, nyeri pasca operasi dapat memicu reaksi fisik maupun psikologis pada ibu setelah melahirkan, sehingga diperlukan penanganan yang tepat untuk mengurangi komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup ibu pada masa postpartum. (Effivania & Wulaningsih, 2025)

Menurut Murniati & Wulaningsih (2025), Tindakan seksio sesarea dapat menyebabkan banyak masalah, termasuk masalah jangka pendek dan jangka panjang.

a. Komplikasi Jangka Pendek

Tindakan *seksio sesarea* (SC) dapat menimbulkan berbagai komplikasi jangka pendek seperti kematian ibu akibat sepsis, perdarahan, atau komplikasi anestesi, terjadinya tromboembolisme karena imobilisasi dan faktor risiko seperti obesitas maternal, perdarahan akibat insisi uterus yang tidak tepat, infeksi luka operasi atau

organ reproduksi karena prosedur yang kurang optimal, cedera pada organ sekitar seperti kandung kemih, masa rawat inap yang lebih lama karena perlunya pemantauan pascaoperasi, kemungkinan dilakukan histerektomi jika perdarahan tidak dapat dikendalikan meskipun telah diberikan terapi, serta nyeri akut pascaoperasi yang memerlukan penanganan analgesik dengan pengawasan ketat.

b. Komplikasi Jangka Panjang

Komplikasi jangka panjang merupakan komplikasi yang dapat dirasakan selama beberapa bulan setelah operasi seksio sesarea, meliputi nyeri kronik yang sering dialami wanita pasca operasi sehingga diperlukan penilaian nyeri untuk tindakan kuratif dan preventif guna meningkatkan pemulihan dan mencegah nyeri menetap, infertilitas akibat gangguan pembentukan jaringan parut (scar) yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesuburan setelah persalinan, kematian neonatal yang meskipun SC bertujuan menyelamatkan bayi namun pada kondisi tertentu tetap dapat terjadi, transient takipnea pada bayi yang dilahirkan melalui SC akibat paru-paru yang belum siap beradaptasi dengan pernapasan spontan.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan pada ibu dengan *seksio sesarea* mencakup berbagai tindakan penting untuk menjamin keselamatan dan kesehatan ibu serta janin. Perawat harus melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara ketat untuk mengidentifikasi potensi komplikasi, yang meliputi pemantauan tanda-tanda vital, kondisi luka operasi, dan kondisi janin. Pemantauan perdarahan dilakukan dengan mengobservasi fundus uterus untuk memastikan kontraksi uterus adekuat, serta pemantauan urine melalui pengukuran intake dan output cairan.

Pengelolaan nyeri pasca operasi juga merupakan aspek penting untuk mengurangi ketidaknyamanan ibu. Nyeri pasca operasi sering menyebabkan pasien membatasi gerakan, yang dapat menurunkan suplai darah, menyebabkan hipoksia sel, dan meningkatkan mediator nyeri. Oleh karena itu, mobilisasi dini sangat dianjurkan, dengan anjuran pasien naik turun tempat tidur pada hari pertama, berjalan dengan bantuan pada hari kedua, dan jika tidak ada komplikasi, pemulangan dapat dilakukan pada hari ketiga pasca operasi. (Nirnasari & Meily, 2025)

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium dibutuhkan sebagai data penunjang dalam penanganan kasus di masa nifas untuk mengetahui keadaan ibu. Pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan golongan darah sebagai antisipasi melakukan transfusi darah Ketika pasien mengalami anemia akibat perdarahan karena retensio sisa plasenta, Hb untuk menegaskan diagnosa apakah ibu mengalami komplikasi anemia akibat kehilangan banyak darah. Selain itu pemeriksaan penunjang juga dapat dilakukan dengan radiologi (USG) untuk membantu menegaskan diagnosa. (Maya et al., 2022)

B. Konsep Dasar Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea

1. Definisi

Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang terjadi secara mendadak dan biasanya terkait dengan cedera atau kondisi medis tertentu. Menurut *International Association for the Study of Pain* (2021), nyeri akut dapat diidentifikasi berdasarkan durasinya yang singkat dan sifatnya yang bersifat sementara. Nyeri ini sering kali berkurang seiring dengan penyembuhan cedera atau pengobatan kondisi yang

mendasarinya. Konsep dasar nyeri akut dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah 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)

2. Penyebab

Nyeri akut merupakan salah satu kondisi yang sering dialami seseorang akibat adanya gangguan atau kerusakan pada jaringan tubuh. Nyeri ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti cedera fisik, penyakit, dan prosedur medis. Cedera fisik seperti patah tulang, keseleo, atau luka dapat menimbulkan nyeri yang biasanya terasa tajam dan terlokalisasi pada bagian tubuh yang mengalami cedera. Selain itu, beberapa kondisi medis seperti infeksi atau peradangan juga dapat menyebabkan munculnya nyeri akut, misalnya radang usus buntu yang menimbulkan nyeri perut secara tiba-tiba dan terasa tajam. Nyeri akut juga dapat terjadi akibat prosedur medis seperti operasi atau suntikan yang sering menimbulkan rasa nyeri sebagai efek samping, terutama setelah tindakan dilakukan. (Ismainar Hetty et al., 2025)

Penyebab nyeri akut dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dapat disebabkan oleh berbagai faktor, yaitu :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Nyeri post operasi diakibatkan karena proses pembedahan pada dinding abdomen dan dinding Rahim yang tidak hilang dalam satu hari dengan intensitas nyeri dari nyeri ringan sampai berat. Hal ini juga disebabkan karena pengaruh pemberian obat anastesi pada saat persalinan. Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat beradaptasi dengan nyeri post seksio sesarea dan mempercepat masa nifas. (Oktapia et al., 2022)

3. Tanda Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda dan gejala dari nyeri akut dibagi menjadi dua yaitu tanda gejala mayor dan minor yaitu sebagai berikut :

a. Gejala dan Tanda Mayor

1) Subjektif

a) Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif

Tidak tersedia

2) Objektif

a) Tekanan darah meningkat

- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

4. Kondisi Klinis Terkait

Nyeri akut dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dapat memanifestasikan dirinya dalam beberapa kondisi klinis, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

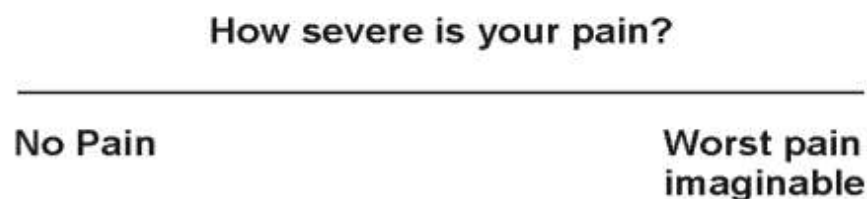
- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom coroner akut
- e. Glaukoma

5. Penilaian Nyeri

Intensitas nyeri merupakan salah satu domain utama yang dinilai pada esesmen nyeri. Menurut Taslim Rizaldy (2016) memahami intensitas nyeri akan membantu petugas kesehatan dalam mengklasifikasikan nyeri, memilih analgesia, dan menetapkan waktu esesmen ulang. Nyeri intensitas ringan akan memerlukan pendekatan terapi yang berbeda dengan nyeri intensitas berat. Nyeri intensitas berat memerlukan evaluasi yang lebih cepat daripada nyeri intensitas ringan. Terdapat 3 skala intensitas nyeri yang paling umum dikerjakan yaitu *Visual Analogue Scale*, *Numeric Rating Scale*, dan *Wong Baker Faces Scale*

a. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual Analogue Scale (VAS) adalah skala unidimensional yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri dan banyak dipakai dalam praktik klinik maupun penelitian. VAS berbentuk garis kontinyu horizontal atau vertikal dengan panjang sekitar 10 cm (100 mm) yang memiliki dua titik ekstrem, yaitu 0 yang menunjukkan “tidak ada nyeri” dan 100 mm yang menunjukkan “nyeri paling hebat yang dapat dibayangkan”. Penilaian VAS dilakukan sendiri oleh pasien dengan menunjuk satu titik pada garis tersebut, kemudian pemeriksa mengukur jarak dari titik nol untuk menentukan skor nyeri. Nilai VAS diklasifikasikan menjadi nyeri ringan (0–44 mm), nyeri sedang (45–74 mm), dan nyeri berat (75–100 mm).

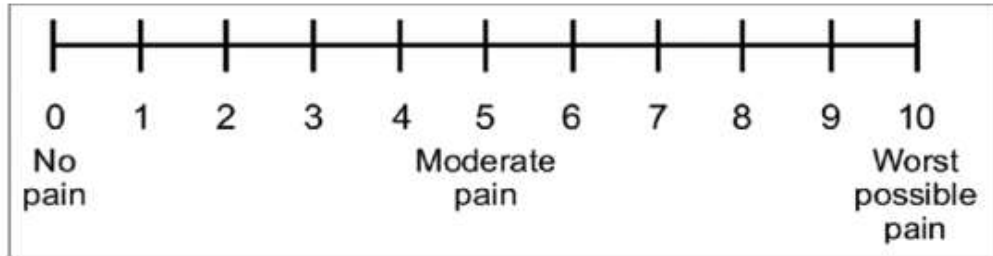


Gambar 1 *Visual Analogue Scale*

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala NRS adalah skala unidimensional yang mengukur intensitas nyeri. Skala NRS adalah versi angka dari VAS yang menggambarkan 0-10 dalam skala nyeri. Pada umumnya dalam bentuk garis. Skala untuk NRS adalah skala numerik tunggal berisi 11 nilai, yaitu 0 “tidak sakit sama sekali” dan 10 “sakit terhebat yang bisa dibayangkan”. Klasifikasi nilai NRS adalah nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6),

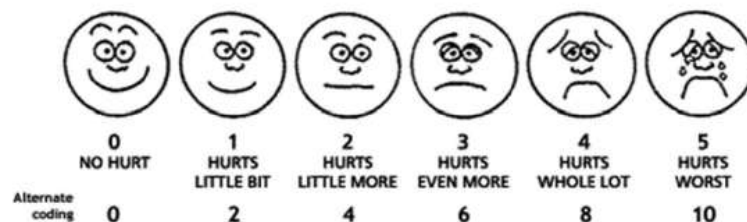
dan nyeri hebat (7-10). Nilai NRS dapat diperoleh dalam waktu kurang dari 1 menit dan dapat dikerjakan dengan sangat mudah.



Gambar 2 *Numeric Rating Scale*

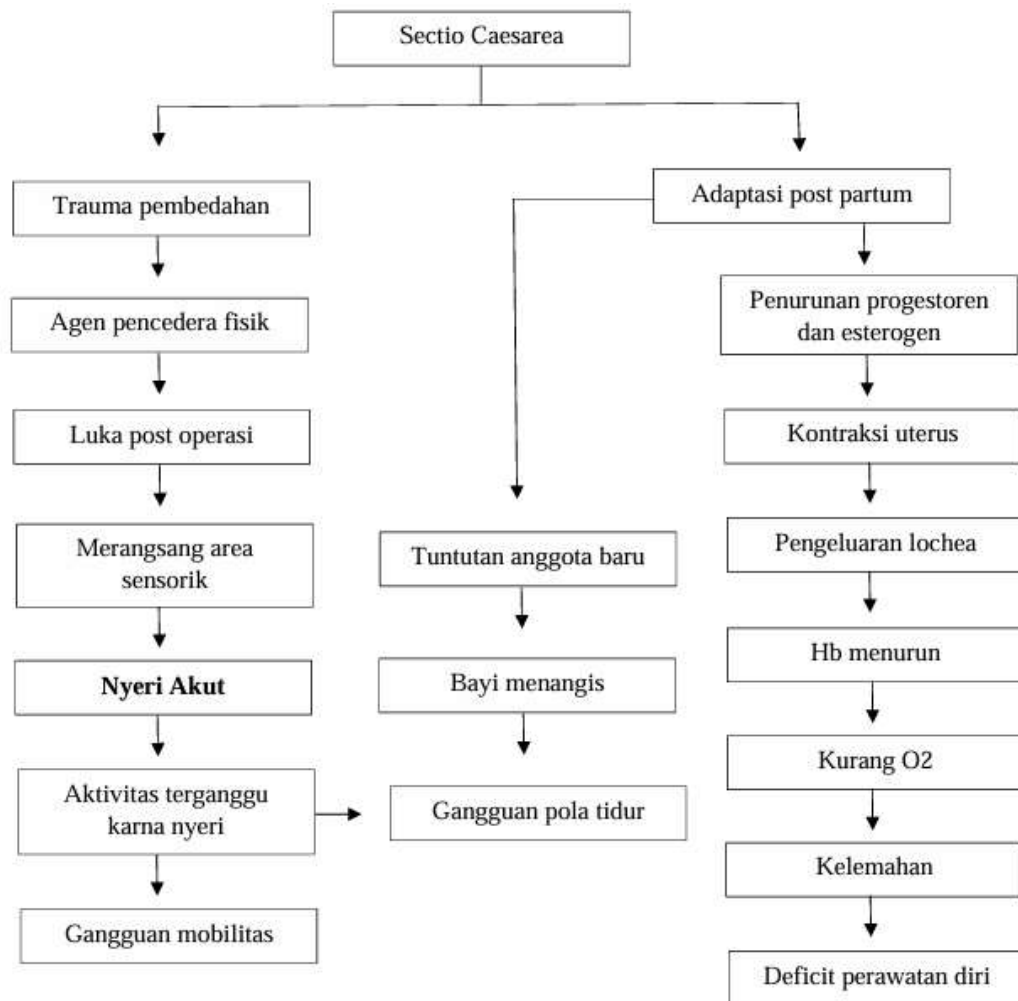
c. *Wong Baker Faces Scale* (Skala Wajah)

Pada populasi anak-anak dapat digunakan skala wajah bayang berisi 6 wajah. Urutan wajah tersebut menggambarkan angka 0 “tidak sakit(wajah senang)” sampai dengan angka 5 “sakit hebat yang dapat dibayangkan (wajah menangis)”. Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10.



Gambar 3 *Wong Baker Faces Scale*

6. Problem Tree



Gambar 4 *Problem Tree* Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Seksio Sesarea Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. (Deswita & Ramadani, 2023)

a. Data

1) Identitas pasien dan penanggung jawab

Meliputi identitas klien berisi nama lengkap, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, diagnosis medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian dan identitas penanggung jawab.

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah pernyataan yang di ungkapkan oleh pasien dengan bahasanya sendiri. Keluhan utama yang diungkapkan pasien merupakan dasar utama untuk memulai tindakan keperawatan selanjutnya. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

a) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:

(1) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?

(2) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?

(3) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

b) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

(1) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?

(2) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang di rasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?

c) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

(1) Dimana gejala nyeri terasa?

(2) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?

d) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa: seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10?

e) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa :

(1) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?

(2) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?

(3) Berapa lama nyeri berlangsung?

(4) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan dulu

Riwayat kesehatan dahulu adalah informasi tentang kondisi kesehatan pasien sebelumnya, termasuk riwayat penyakit, perawatan medis, dan intervensi yang pernah dilakukan, serta faktor risiko yang terkait dengan kondisi kesehatan saat ini.

b) Riwayat Kesehatan sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah bagian dari anamnesis yang menggali informasi tentang keluhan utama dan semua gejala atau tanda yang terkait yang sedang dialami oleh pasien.

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan metode terstruktur yang digunakan perawat untuk memperoleh informasi nyata tentang keadaan fisik pasien. Pemeriksaan fisik yang perlu dikaji adalah keadaan umum pasien dan pemeriksaan head to toe.

5) Pola Kebutuhan Dasar

Menurut Virginia Henderson 14 pola kebutuhan dasar manusia, yaitu

- a) Kebutuhan Oksigen
- b) Kebutuhan Nutrisi
- c) Kebutuhan Eliminasi
- d) Kebutuhan Aktivitas
- e) Kebutuhan Istirahat Tidur
- f) Kebutuhan Berpakaian
- g) Kebutuhan Suhu Tubuh
- h) Kebutuhan Personal Hygiene
- i) Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman
- j) Kebutuhan Komunikasi
- k) Kebutuhan Ibadah
- l) Kebutuhan Bekerja
- m) Kebutuhan Rekreasi
- n) Kebutuhan Belajar

6) Data penunjang

Informasi mengenai berbagai pemeriksaan medis (seperti radiologi, laboratorium dan pengobatan yang dijalani pasien) serta evaluasi klinis yang membantu dalam menetapkan diagnosis dan merencanakan keperawatan pasien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dilakukan sebelumnya. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Proses penegakan diagnosis keperawatan atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri atas 3 tahap, yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan masalah. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Tabel 1

Analisis Data Keperawatan dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

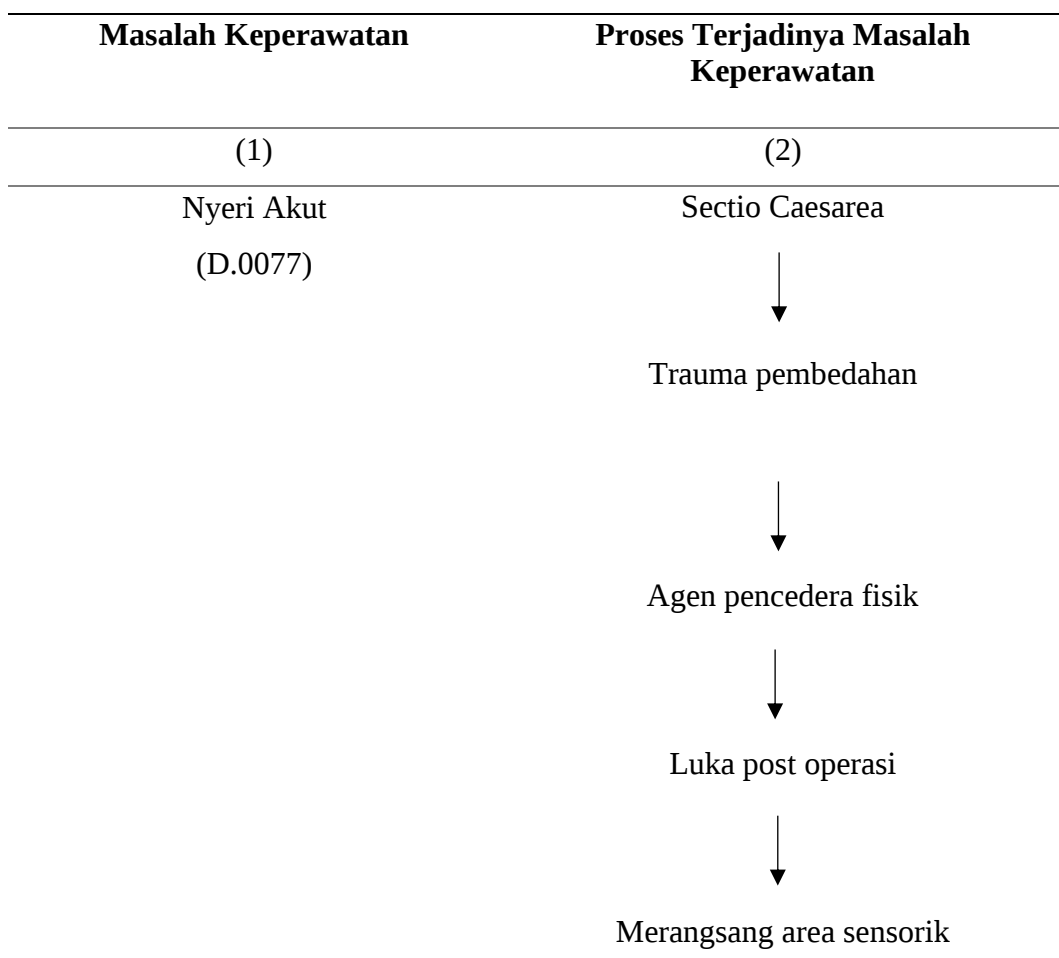
Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah
(1)	(2)	(3)
Data Mayor	Tingkat nyeri (L.08066)	Nyeri Akut
<i>Subjektif</i>	menurun dengan kriteria	(D.0077)
1. Mengeluh nyeri	hasil :	
<i>Objektif</i>	1. Keluhan nyeri	
1. Tampak meringis	menurun (5)	
2. Bersikap protektif	2. Meringis menurun	
3. Tampak gelisah	(5)	
4. Frekuensi nadi meningkat	3. Sikap protektif	
5. Sulit tidur	menurun (5)	
Data Minor	4. Gelisah menurun (5)	
<i>Subjektif</i>	5. Kesulitan tidur	
(Tidak tersedia)	menurun (5)	
	6. Menarik diri	

(1)	(2)	(3)
<i>Objektif</i>	menurun (5)	
1. Tekanan darah meningkat	7. Diaforesis menurun (5)	
2. Pola napas berubah	8. Frekuensi nadi membaik (5)	
3. Nafsu makan berubah	9. Tekanan darah membaik (5)	
4. Proses berpikir terganggu	10. Pola napas membaik (5)	
5. Menarik diri	11. Nafsu makan membaik (5)	
6. Berfokus pada diri sendiri	12. Proses berpikir membaik (5)	
7. Diaforesis	13. Fokus membaik (5)	

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022)

Tabel 2

Analisis Masalah Keperawatan dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026



(1)	(2)
	↓
	Nyeri Akut

Pernyataan diagnosis pada penelitian ini yang harus didapat adalah diagnosa yang berdasarkan pada masalah keperawatan nyeri akut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah, setiap tindakan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang perawat lakukan untuk meningkatkan hasil pada pasien. Intervensi yang direncanakan pada pasien post seksio sesarea dengan nyeri akut adalah intervensi utama yaitu manajemen nyeri akut dan untuk intervensi pendukung yaitu perawatan pasca post seksio sesarea.

Tabel 3

Rencana Keperawatan dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

No	Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	11 Februari 2026	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen	Setelah dilakukan asuhan keperawat	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.	an selama 1x30 menit selama 3 hari diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Merینگis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi memb aik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri durasi 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingatkan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplement er yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan,	1. Menentukan gambaran nyeri secara menyeluruh sehingga membantu penentuan penatalaksanaan yang tepat 2. Mengetahui tingkat keparahan serta lamanya nyeri sebagai dasar evaluasi perkembangan kondisi pasien 3. Membantu mengenali tanda nyeri melalui ekspresi wajah, perilaku, atau perubahan fisiologis pada pasien yang sulit mengungkapkan nyeri secara verbal 4. Mengetahui faktor pencetus maupun faktor yang mengurangi nyeri sehingga intervensi lebih efektif 5. Menilai efektivitas tindakan nonfarmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				pencapaian , kebisingan)	6. Mendeteksi kemungkinan reaksi yang tidak diharapkan akibat penggunaan obat analgesic
			3.	Fasilitasi istirahat dan tidur	Terapeutik
			4.	Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	1. Membantu menurunkan persepsi nyeri melalui metode relaksasi,
				Edukasi	distraksi, atau teknik lainnya
			1.	Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	2. Lingkungan yang nyaman mendukung penurunan stimulasi yang dapat meningkatkan persepsi nyeri
			2.	Jelaskan strategi meredakan nyeri	3. Istirahat adekuat meningkatkan proses pemulihan tubuh serta menurunkan sensitivitas terhadap nyeri
			3.	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	4. Setiap jenis nyeri memiliki mekanisme berbeda sehingga strategi penanganan perlu disesuaikan dengan penyebabnya
			4.	Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Edukasi
				Kolaborasi	
			1.	Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
				Intervensi pendukung Perawatan Pasca Seksio Sesarea (I.14567)	
				Observasi	
			1.	Identifikasi riwayat	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				kehamilan dan persalinan	1. Peningkatan pemahaman pasien mengenai kondisi yang dialami
				2. Monitor tanda - tanda vital ibu	2. Pengetahuan pasien mengenai cara mengatasi nyeri mendukung keterlibatan aktif dalam pengelolaan nyeri
				3. Monitor respn fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia	3. Pemantauan mandiri membantu pasien mengenali perubahan intensitas nyeri selama proses perawatan
				4. Monitor kondisi luka dan balutan	4. Memberikan alternatif penanganan nyeri selain penggunaan obat
				Terapeutik	Kolaborasi
				1. Diskusikan perasaan, pertanyaan dan perhatian pasien terkait pembedahan	1. Analgetik membantu menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme kerja obat sesuai indikasi medis
				2. Pindahkan pasien ke ruang rawat nifas	Intervensi pendukung
				3. Motivasi mobilisasi dini 6 jam	
				4. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi	
				5. Berikan dukungan menyusui memadai, jika memungkinkan	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				Edukasi	Perawatan Pasca
				1. Informasikan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan bayi	Seksio Sesarea (I.14567) Observasi 1. Mengetahui faktor risiko dan komplikasi yang dapat memengaruhi kondisi ibu selama masa post operasi.
				2. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk, dan napas dalam	2. Mendeteksi dini adanya perdarahan, infeksi, syok, atau gangguan hemodinamik setelah operasi.
				3. Anjurkan cara ibu menyusui, jika memungkinkan	3. Menilai proses pemulihan pasca operasi serta mendeteksi komplikasi seperti atonia uteri, gangguan pernapasan, atau perdarahan abnormal
				4. Anjurkan ibu mengkonsumsi nutrisi TKTP	4. Mengetahui adanya tanda infeksi, perdarahan, atau gangguan penyembuhan luka operasi.
					Terapeutik
					1. Membantu mengurangi kecemasan serta meningkatkan rasa aman dan kesiapan pasien dalam

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					menjalani perawatan.
					2. Memfasilitasi pemantauan lanjutan dan perawatan ibu serta bayi secara optimal.
					3. Membantu memperlancar sirkulasi darah, mencegah trombosis, meningkatkan fungsi peristaltik usus, dan mempercepat pemulihan.
					4. Meningkatkan ikatan ibu dan bayi, menjaga kestabilan suhu tubuh bayi, serta merangsang produksi ASI.
					5. Membantu keberhasilan pemberian ASI dan meningkatkan nutrisi serta imunitas bayi.
					Edukasi
					1. Meningkatkan pengetahuan keluarga sehingga dapat mendukung proses perawatan dan pemulihan ibu.
					2. Mencegah komplikasi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					imobilisasi seperti atelektasis, pneumonia, dan gangguan sirkulasi.
					3. Membantu ibu melakukan teknik menyusui yang benar sehingga mencegah lecet puting dan meningkatkan efektivitas menyusui
					4. Nutrisi Tinggi Kalori Tinggi Protein membantu mempercepat penyembuhan luka, memenuhi kebutuhan energi, dan meningkatkan produksi ASI.

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implmentasi keperawatan terhadap pasien secaraurut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu di tegakkan suatu pelaksanaan asuhan keperawatan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Mersi et al., 2024)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan (P) berdasarkan hasil analisa data diatas.