

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi

Laporan kasus ini dilaksanakan di RSUD Bali Mandara yang terletak di Jl. Bypass Ngurah Rai No.548, Sanur Kauh, Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali. RSUD Bali Mandara merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Bali yang memiliki fasilitas dan layanan unggulan dalam penanganan penyakit kronis, termasuk diabetes melitus tipe II. Rumah sakit ini dilengkapi dengan teknologi medis terkini, fasilitas laboratorium lengkap, serta tim multidisipin yang terdiri atas dokter spesialis dalam, spesialis bedah, perawat luka dan tenaga kesehatan lainnya.

Keberadaan layanan perawatan luka modern, menjadikan rumah sakit ini menjadi relevan untuk dijadikan tempat penyusunan laporan kasus dengan fokus gangguan integritas jaringan dan dengan sistem dokumentasi yang baik.

2. Karakteristik

Fokus utama yang menjadi subjek laporan kasus adalah seseorang perempuan berusia 34 tahun, Ny.Y bekerja sebagai ibu rumah tangga datang bersama keluarga ke instalansi gawat darurat ponek pada tanggal 11 Februari 2026. Keluhan utama didapatkan Ny. Y mengatakan akan melakukan pemeriksaan awal dan didapatkan indikasi persalinan melalui seksio sesarea,

3. Hasil

Pengkajian dilakukan pada 11 Februari 2026 pukul 10.00 didapat kan data pasien bernama Ny.Y, perempuan berusia 34 tahun, beragama Hindu, penddidikan terakhir S1, bekerja sebagai IRT dan sudah menikah. Ny.Y beralamat di Jalan Antasura,

Peguyangan. Penanggung jawab pasien adalah Tn. S, suami dari pasien, berusia 39 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Hindu, pendidikan terakhir D3, berstatus menikah, dan bekerja sebagai perawat.

Keluhan utama yang didapatkan dari pasien yaitu pasien mengatakan datang ke RSUD Bali Mandara pada hari Rabu tanggal 11 Februari 2026 dengan diagnosa medis G3P2002 UK 37-38 Minggu T/H + LMR (BSC 2x) + KPD > 12 jam + miopia tinggi + anemia sedang, pasien mengatakan datang ke UGD Ponak dengan mengeluh nyeri dan mules, saat pemeriksaan didapatkan indikasi persalinan melalui seksio sesarea yang sudah direncanakan, lalu pasien dipindahkan ke ruang operasi untuk melakukan tindakan operasi. Setelah operasi persalinan telah selesai dan dilakukan observasi, pasien dipindahkan ke ruang rawat nifas Tunjung pada 11 Februari 2026 pukul 09.30 wita. Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital yang didapatkan diruangan, Suhu : 38,0 C, TD: 122/85 mmHg, pernapasan 18x/menit, nadi 73x/menit dan SPO2 98%. Dilakukan pemasangan infus pada tangan tangan pasien diberikan terapi IVFD RL + 2 amp oxytoein. Pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 8 akibat post seksio sesarea.

Terdapat 5 data yang dikaji pada pasien dan seluruh data yang dikaji ditemukan diantaranya 5 tanda yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur.

a. Pengkajian Keperawatan

1) Biodata

Pasien yaitu Ny. Y, berusia 34 tahun dan beragama Hindu. Ia memiliki latar belakang pendidikan S1 dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Alamat tempat tinggalnya di Jl. Antasura, Peguyangan. Pasien memiliki suami yaitu Tn. S, berusia

39 tahun dan juga beragama Hindu. Ia berpendidikan D3 dan bekerja sebagai perawat, dengan alamat yang sama di Jl. Antasura, Peguyangan. Pengkajian terhadap pasien ini dilakukan pada tanggal 12 Februari 2026.

2) Riwayat Kehamilan Yang Lalu

Tabel 4

Riwayat Kehamilan Yang Lalu Pada Pasien Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

No	Tahun	Kelahiran (Abortus, Prematur, Aterm, Mati	Penolong	Jenis Kelamin	Keadaan Anak Sekarang
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	2017	Aterm	Dokter dan bidan	Perempuan	Sehat
2.	2024	Aterm	Dokter dan bidan	Perempuan	Sehat
3.	2026	Aterm	Dokter dan bidan	Laki - laki	Sehat

3) Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan pasien Ny. Y dengan G3 P3 A0, yang menunjukkan bahwa pasien telah hamil sebanyak tiga kali, melahirkan tiga kali, tidak pernah mengalami abortus. Pasien mengatakan tidak ingat dengan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Siklus menstruasi pasien teratur. Selama kehamilan, pasien melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) secara rutin, yaitu sebulan sekali kecuali terdapat keluhan, pemeriksaan dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara. Taksiran persalinan pasien adalah pada bulan Maret 2025. Selama kehamilan, pasien mengeluhkan adanya kontraksi ringan. Selain itu, pasien juga mengatakan memiliki masalah kesehatan umum berupa saraf kejepit.

Pada tanggal 11 Februari 2026 pukul 06.00 WITA dilakukan tindakan persalinan

dengan tipe persalinan seksio sesarea. Lama persalinan berlangsung selama 45 menit dengan jumlah perdarahan sekitar 800 ml. Perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien meliputi pemberian cairan Ringer Lactate 500 cc 20 tetes per menit melalui intravena (IVFD), Cefadroxil 3 x 500 mg per oral setiap 8 jam, SF 2 x 1 tablet per oral setiap 12 jam, Metilergometrin 3 x 1 tablet per oral setiap 8 jam, Vitamin A 1 x 200.000 IU, kombinasi Fentanyl 375 mcg, Ketorolac 60 mg, dan Ketamin 30 mg dengan kecepatan 2,1 ml/jam, serta Paracetamol 4 x 500 mg per oral setiap 6 jam.

Selama proses persalinan, tidak terdapat penyulit. Bayi yang dilahirkan berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 3200 gram dan nilai APGAR score 8, yang menunjukkan kondisi bayi dalam keadaan baik.

4) Keadaan Post Partum

Keadaan post partum pasien dalam kondisi umum baik. Tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E4 V5 M6. Tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 128/85 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu tubuh 36,5°C, namun pasien masih merasakan nyeri dengan skala 8. Pada pemeriksaan payudara, konsistensi payudara terasa lebih lunak dan sedikit membengkak akibat peningkatan produksi ASI, putting susu menonjol, ASI belum keluar, tidak terdapat kelainan, dan kebersihan payudara tampak baik. Pemeriksaan uterus menunjukkan uterus teraba dengan kontraksi kuat, posisi uterus di tengah, dan tinggi fundus uteri berada 3 jari di bawah tali pusat. Lochea berwarna merah (rubra) dengan jumlah sekitar 100 cc dan berbau amis. Pada pemeriksaan vulva tidak ditemukan oedema, luka, laserasi, maupun episiotomi. Perineum tidak terdapat robekan, namun lochea tetap keluar melalui vagina meskipun persalinan

dilakukan dengan seksio sesarea.

Tidak terdapat tanda-tanda infeksi dan kebersihan vulva baik. Hemoroid tidak ditemukan. Ekstremitas bawah tidak terdapat oedema maupun varises, dan pasien tidak merasakan nyeri pada bagian tersebut. Pasien masih dibantu keluarga saat berpindah atau bergerak dari bed. Nafsu makan pasien setelah operasi tidak baik pasien mengatakan terasa mual. Vesika urinaria dalam keadaan kosong tanpa tanda-tanda infeksi. Buang air kecil sekitar 1500 ml/hari tanpa kesulitan, dan buang air besar 1 kali sehari juga tanpa kesulitan. Pada luka operasi seksio sesarea, luka tertutup rapi dengan hypafix. Terdapat sedikit tanda infeksi seperti bengkak dan nyeri pada luka bekas operasi, dengan bising usus 20 x/menit.

5) Psikososial

Psikososial pasien menunjukkan bahwa raut wajah pasien tampak sedih. Pasien mengatakan hubungan antara ibu dan bayi terjalin baik serta menyatakan keinginannya untuk menjadi ibu yang baik bagi ketiga anaknya, termasuk bayi yang baru lahir saat ini. Hubungan pasien dengan keluarga juga dilaporkan terjalin dengan baik. Pasien memiliki persepsi positif terhadap kelahiran anak ketiganya yang diyakini akan membuat keluarga menjadi lebih harmonis, namun pasien masih merasakan kecemasan, kekhawatiran, dan ketakutan terhadap kondisi bayi dan dirinya sendiri karena merasa belum yakin dapat menjadi ibu yang baik.

6) Kemampuan Perawatan Diri

Kemampuan perawatan diri pasien menunjukkan bahwa pada perawatan buah dada, pasien tampak mengerti cara merawat payudara secara mandiri. Pasien mengatakan akan menerapkannya nanti saat di rumah dan tampak mampu melakukan pijat laktasi (pijat payudara) secara mandiri. Pada perawatan perineum,

pasien memahami cara merawat perineum secara mandiri dan menyatakan akan mulai menerapkannya saat di rumah. Dalam hal vulva hygiene, pasien juga tampak memahami cara menjaga kebersihan organ reproduksinya secara mandiri serta berencana untuk mencoba melakukannya sendiri saat berada di rumah. Terkait perawatan bayi, pasien mengatakan sudah memahami cara merawat bayi dengan baik dan akan mencoba melakukan perawatan bayi secara mandiri setelah berada di rumah.

7) Pola Kebutuhan Dasar

a) Kebutuhan Oksigen

Pasien bernama Ny. Y dengan kondisi post operasi seksio sesarea tampak bernapas spontan tanpa bantuan alat oksigen. Frekuensi pernapasan pasien 20 kali per menit dengan saturasi oksigen (SpO₂) 98%. Napas pasien teratur dan dalam batas normal.

b) Kebutuhan Nutrisi

Pasien mengatakan nafsu makan tidak baik dengan pola makan 2 kali sehari setelah dilakukan tindakan operasi hari pertama. Tidak terdapat keluhan muntah tetapi mual saat makan. Asupan cairan pasien adekuat melalui minum dan terapi cairan infus yang diberikan selama perawatan.

c) Kebutuhan Eliminasi

Pasien mengatakan buang air kecil (BAK) lancar sekitar ± 1500 ml per hari tanpa keluhan nyeri atau kesulitan. Buang air besar (BAB) dilakukan 1 kali sehari dengan konsistensi feses normal. Tidak ditemukan tanda retensi urin maupun konstipasi pada pasien.

d) Kebutuhan Aktivitas

Pasien mampu melakukan aktivitas ringan secara bertahap, namun masih memerlukan bantuan keluarga saat mobilisasi atau ambulasi. Aktivitas sehari-hari seperti berjalan dan duduk dilakukan dengan hati-hati untuk menghindari peningkatan nyeri.

e) Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Pasien mengatakan merasa tidak nyaman akibat nyeri pada luka post operasi seksio sesarea dengan skala nyeri 8. Pasien tampak meringis, gelisah, dan bersikap protektif terhadap area luka operasi. Pasien juga merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi dirinya dan bayinya setelah menjalani operasi. Pasien mengatakan merasa lebih tenang setelah mendapatkan dukungan dari keluarga selama perawatan.

8) Data Penunjang

a) Hasil Laboratorium

(1) Hematologi

Tabel 5

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Pada Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interpretasi	Kode Alat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
WBC	10.72	$10^3/\mu\text{L}$	4.10 – 11.00		Flow.C
RBC	L 3.88	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 – 5.20	Rendah	Impd
HGB	L 9.3	g/dL	12.0 – 16.0	Rendah	Cyanide-Free HB
HCT	L 29.9	%	35.0 – 47.0	Rendah	
MCV	L 77.1	fL	80.0 – 100.0	Rendah	Calculated
MCH	L 24.0	pg	26.0 – 34.0	Rendah	Calculated
MCHC	L 31.1	g/dL	32.0 – 36.0	Rendah	Calculated
PLT	243	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440		Impd
RDW-SD	49.1	fL	37.0 – 54.0		

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
RDW-CV	H 18.0	%	11.6 – 14.8	Tinggi	
PDW	13.9	fL	9.0 – 17.0		
MPV	H 11.0	fL	6.8 – 10.0	Tinggi	
P-LCR	36.1	%	13.0 – 43.0		
PCT	0.27	%	0.15 – 0.50		
NEUT#	H 8.30	10 ³ /uL	1.50 – 7.00	Tinggi	Flow.C
LYMPH#	1.43	10 ³ /uL	1.00 – 3.70		Flow.C
MONO#	H 0.92	10 ³ /uL	0.00 – 0.70	Tinggi	Flow.C
EOS#	0.32	10 ³ /uL	0.00 – 0.40		Flow.C
BASO#	0.02	10 ³ /uL	0.00 – 0.10		Flow.C
NEUT%	H 74.9	%	50.0 – 70.0	Tinggi	Flow.C
LYMPH%	L 13.3	%	25.0 – 40.0	Rendah	Flow.C
MONO%	H 8.6	%	2.0 – 8.0	Tinggi	Flow.C
EOS%	3.0	%	2.0 – 4.0		Calculated
BASO%	0.2	%	0.0 – 1.0		Flow.C
NRBC#	0.03	10 ³ /uL			
NRBC%	0.3	%			
IG#	0.10	10 ³ /uL	0 – 0.7		
IG%	H 0.9	%	0.0 – 0.72	Tinggi	
NLR	H 5.6		< 3.13	Tinggi	

(2) Koagulasi

Tabel 6

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Koagulasi Pada Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interpretasi	Kode Alat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Waktu Pendarahan (BT)	2 00	Menit	1 00 – 3 00		
Waktu Pembekuan (CT)	12 00	Menit	5 00 – 15 00		

9) Program Pengobatan

a) Terapi obat

(1) Ringer Lactate 500 cc 20 tpm IVFD

- (2) Cefadroxil 3x500mg PO tiap 8 jam
- (3) SF 2x1 tab PO tiap 12 jam
- (4) Metilergometrin 3x1 PO tiap 8 jam
- (5) Vit A 1x200.000
- (6) Fentanyl 375 + Keterolac 60mg + Ketamin 30mg Kec 2.1 ml/jam
- (7) Paracetamol 4x500 mg PO tiap 6 jam

10) Pemeriksaan Fisik

(1) Keadaan umum

Pasien dengan tingkat kesadaran composmentis. Aktivitas pasien tampak terbatas akibat nyeri post operasi dengan skala nyeri 8. Pasien juga tampak berhati-hati saat mengubah posisi di tempat tidur. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 122/85 mmHg, nadi 72x/menit, respirasi 18x/menit, suhu tubuh 38,0°C, dan saturasi oksigen 98%.

(2) Kepala

Bentuk kepala tampak simetris, kulit kepala bersih, dan tidak terdapat benjolan maupun luka. Rambut tampak bersih tetapi rontok.

(3) Mata

Konjungtiva tampak sedikit pucat, sklera tidak ikterik, dan pupil isokor serta refleks cahaya baik. Tidak terdapat edema maupun sekret pada area mata.

(4) Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat sekret, jalan napas tampak paten, dan tidak terdapat pernapasan cuping hidung maupun tanda sesak napas.

(5) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir tampak lembab, lidah bersih, tidak terdapat sariawan, dan

kemampuan menelan pasien baik. Tidak terdapat pembesaran tonsil maupun tanda infeksi pada rongga mulut.

(6) Telinga

Bentuk telinga tampak simetris kanan dan kiri, tidak terdapat sekret maupun gangguan pendengaran, dan pasien mampu merespon suara dengan baik.

(7) Leher

Tidak terdapat pembesaran vena jugularis maupun pembesaran kelenjar tiroid. Rentang gerak leher tampak baik dan tidak ada nyeri tekan pada area leher.

(8) Dada dan sistem pernapasan

Bentuk dada tampak simetris, pola napas sedikit cepat namun teratur, dan pasien tidak tampak sesak. Pada auskultasi terdengar bunyi napas vesikuler normal serta tidak terdengar ronki maupun wheezing.

(9) Sistem kardiovaskular

Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar tunggal dan reguler, nadi teraba kuat dan teratur, CRT < 2 detik, serta akral teraba hangat. Tidak terdapat sianosis maupun edema perifer.

(10) Payudara

Payudara tampak simetris, puting menonjol, ASI atau kolostrum mulai keluar, dan tidak terdapat bendungan ASI maupun lecet pada puting susu.

(11) Abdomen

Abdomen tampak membesar sesuai kondisi post partum. Terdapat luka operasi seksio sesarea pada abdomen bagian bawah yang tertutup balutan bersih dan kering tanpa rembesan darah. Pasien tampak melindungi area luka saat bergerak dan mengeluh nyeri tekan pada area insisi. Fundus uteri teraba keras dengan kontraksi

uterus baik. Bising usus terdengar menurun akibat efek anestesi dan pembedahan.

(12) Genitalia dan Lokia

Lokia rubra tampak berwarna merah kehitaman dengan jumlah normal sesuai masa nifas, tidak berbau menyengat, dan tidak terdapat perdarahan berlebihan maupun tanda infeksi.

(13) Ekstremitas atas bawah

Akral terasa hangat, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas maupun bawah, dan kekuatan otot cukup. Pergerakan pasien tampak terbatas akibat nyeri luka operasi serta pasien tampak berhati-hati saat mobilisasi. Pasien tampak terpasang infus pada tangan kanan.

(14) Integumen

Kulit tampak bersih dengan turgor kulit baik, tidak terdapat dekubitus maupun lesi kulit lainnya. Luka operasi tampak tertutup balutan bersih dan kering tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau rembesan cairan.

b. Diagnosis Keperawatan

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.

Tabel 7

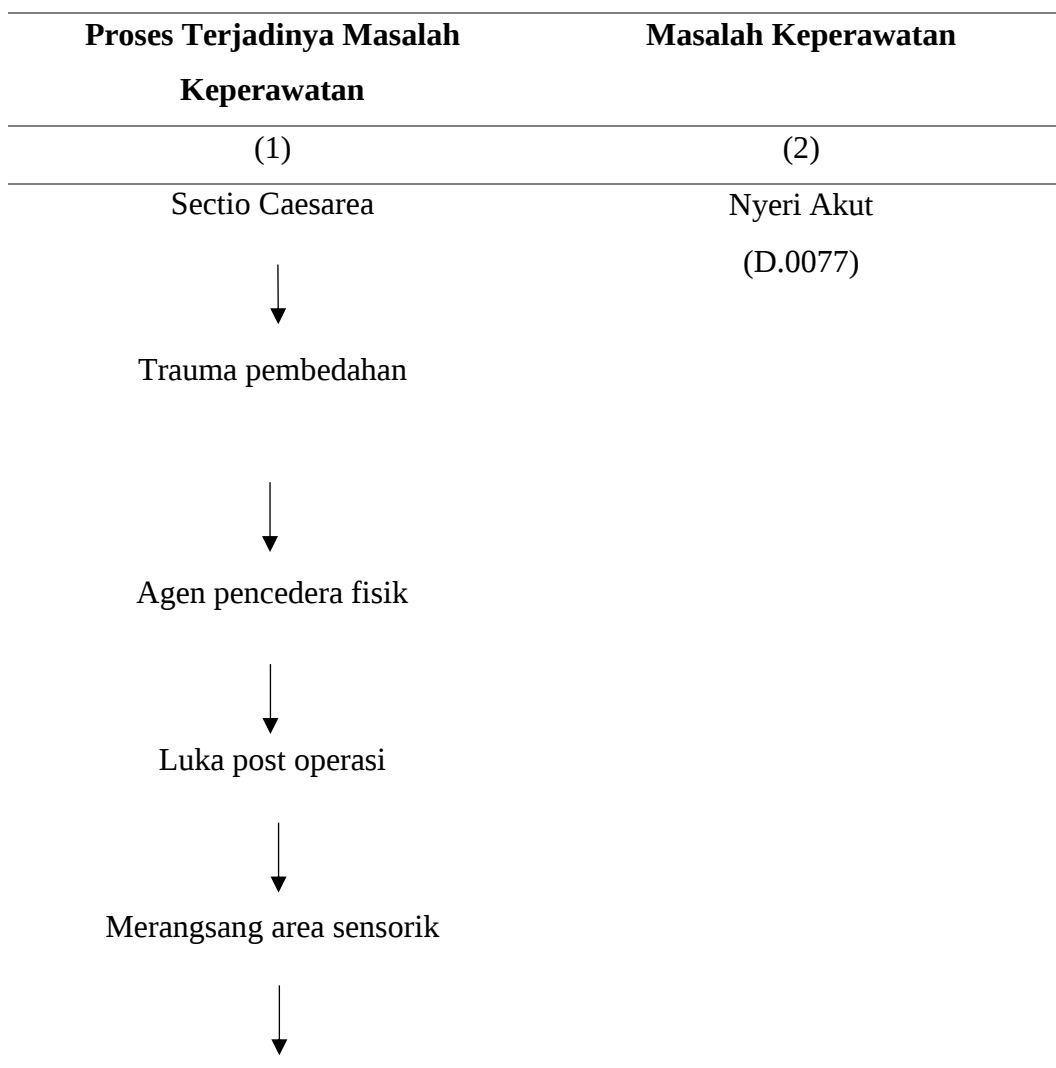
Analisis Data Keperawatan Pada Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

Data Keperawatan	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
(1)	(2)	(3)
Data Mayor <i>Subjektif</i> 1. Pasien mengeluh	Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil :	Nyeri Akut (D.0077)

(1)	(2)	(3)
nyeri dengan skala 8	1. Keluhan nyeri menurun (5)	
<i>Objektif</i>	2. Meringis menurun (5)	
1. Pasien tampak meringis	3. Sikap protektif menurun (5)	
2. Pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri	4. Gelisah menurun (5)	
3. Pasien tampak gelisah dengan luka post op	5. Kesulitan tidur menurun (5)	
4. Pasien mengatakan sulit tidur		

Tabel 8

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



Nyeri Akut

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kasus ini adalah Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi seksio sesarea dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri sengan skala 8, pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri, pasien tampak gelisah dengan luka pot op, pasien megatakan sulit tidur.

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 9

Intervensi Keperawatan Pada Ny.Y 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 pencedera fisik akibat prosedur operasi seksio sesarea dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala 8, pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri, pasien tampak gelisah dengan luka pot op, pasien	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x30 menit selama 3 hari maka Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 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 memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan	Intervensi utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 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

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		megatakan sulit tidur	menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Intervensi pendukung Perawatan Pasca Seksio Sesarea (I.14567) Observasi 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor tanda - tanda vital ibu 3. Monitor respn fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia	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 Terapeutik 1. Membantu menurunkan persepsi nyeri melalui metode relaksasi, distraksi, atau teknik lainnya 2. Lingkungan yang nyaman mendukung penurunan stimulasi yang dapat meningkatkan persepsi nyeri Edukasi 1. Peningkatan pemahaman pasien mengenai kondisi yang dialami

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				Terapeutik	sehingga
				1.Diskusikan	kecemasan
				perasaan,	berkurang
				pertanyaan dan	2.Pengetahuan
				perhatian pasien	pasien
				terkait	mengenai cara
				pembedahan	mengatasi nyeri
				Edukasi	mendukung
				1.Ajarkan latihan	keterlibatan
				ekstremitas,peru	aktif dalam
				bahan posisi,	pengelolaan
				batuk, dan	nyeri
				napas dalam	3.Pemantauan
					mandiri
					membantu
					pasien
					mengenali
					perubahan
					intensitas nyeri
					selama proses
					perawatan
					4.Memberikan
					alternatif
					penanganan
					nyeri selain
					penggunaan
					obat
					Intervensi
					pendukung
					Perawatan Pasca
					Seksio Sesarea
					(I.14567)
					Observasi
					1.Mengetahui
					faktor risiko
					dan komplikasi
					yang dapat
					memengaruhi
					kondisi ibu
					selama masa
					post operasi.
					2.Mendeteksi
					dini adanya
					perdarahan,
					infeksi, syok,
					atau gangguan
					hemodinamik
					setelah operasi.
					3.Menilai proses
					pemulihan
					pasca operasi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					serta mendeteksi komplikasi seperti atonia uteri, gangguan pernapasan, atau perdarahan abnormal
					Terapeutik
					1. Membantu mengurangi kecemasan serta meningkatkan rasa aman dan kesiapan pasien dalam menjalani perawatan.
					Edukasi
					1. Mencegah komplikasi imobilisasi seperti atelektasis, pneumonia, dan gangguan sirkulasi.

d. Implementasi Keperawatan

Tabel 10

Implementasi Keperawatan Pada Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

No	Hari/Tanggal	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Rabu 11 Februari 2026 10.00 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Membina Hubungan Saling Percaya (BHSP)	DS : - Pasien mampu menyebutkan nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat. DO : - Pasien mampu menjawab pertanyaan yang	Febi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				diberikan	
				- Pasien tampak kooperatif saat ditanya	
				- Komunikasi dan bina hubungan saling percaya berhasil	
	Rabu 11 Februari 2026 10.05 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Melakukan pemeriksaan TTV dan mengidentifikasi riwayat kehamilan dan persalinan serta lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri	DS : - Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV - Pasien mengatakan saat ini persalinan seksio sesarea yang ketiga dari kehamilan yang ketiga - Pasien mengeluh nyeri di bagian bawah perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 8 DO : - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri - Pasien tampak gelisah dengan luka post op - Pasien mengatakan sulit tidur karna rasa nyeri yang dialami - Hasil tanda-tanda vital pasien menunjukkan tekanan darah 128/85 mmHg, nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 36,5°C, dan saturasi oksigen (SpO ₂) 97% - Pasien tampak	Febi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				dalam kondisi post operasi seksio sesarea.	
	Rabu 11 Februari 2026 10.15 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : - Pasien memegang perut saat bergerak ataupun berpindah - Pasien mengatakan rasa nyeri meningkat saat berdiri atau bergerak. Nyeri mereda jika tidak banyak bergerak DO : - Pasien tampak berhati-hati saat bergerak.	Febi
	Rabu 11 Februari 2026 10.20 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Memberikan teknik nonfarmakologis dengan cara memberikan posisi nyaman yaitu semi fowler untuk mengurangi rasa nyeri dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	DS : - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisi yang diberikan - Pasien mengatakan bersedia mengikuti latihan napas dalam yang diajarkan DO : - Pasien tampak nyaman dengan posisi yang sudah diberikan - Pasien mampu mengikuti instruksi teknik relaksasi napas dalam dengan baik dan benar - Pasien tampak lebih tenang	Febi
2.	Kamis 12 Februari 2026 09.00 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Melakukan pemeriksaan TTV dan mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri	DS : - Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV - Pasien masih merasa nyeri pada bagian bawah perut akibat post op, nyeri yang dirasakan masih	Febi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
				terasa tertusuk, nyeri hilang timbul dan skala nyeri masih sama 8 DO : - Pasien masih bersikap protektif menghindari nyeri - Pasien masih tampak gelisah dengan luka post op - Pasien saat ini masih mengalami sulit tidur karna rasa nyeri - Hasil tanda-tanda vital pasien menunjukkan tekanan darah 122/85 mmHg, nadi 73x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu tubuh 36°C, dan saturasi oksigen (SpO ₂) 98%	
	Kamis 12 Februari 2026 09.10 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri yang dialami	DS : - Pasien mengatakan memahami penyebab nyeri dan mengerti berapa lama nyeri yang dirasakan setelah tindakan operasi DO : - Pasien tampak mendengarkan dengan baik penjelasan yang diberikan - Pasien mengangguk atau memberikan respons verbal saat diberikan edukasi	Febi
	Kamis 12 Februari 2026 09.20 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Memberitahu keluarga pasien untuk membatasi kunjungan agar terhindar dari	DS : - Keluarga pasien mengatakan bersedia membatasi jumlah	Febi

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
			kebisingan atau keramaian yang memperberat nyeri dan mengatur suhu dan pencahayaan di ruangan pasien	pengunjung. - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat ruangan tenang dan tidak ramai <u>DO :</u> - Jumlah pengunjung di ruangan pasien tampak dibatasi - Suhu ruangan diatur sesuai kenyamanan pasien - Pasien tampak rileks	
3.	Jumat 13 Februari 2026 09.00 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Melakukan pemeriksaan TTV dan mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri	DS : - Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV - Pasien masih merasa nyeri pada bagian bawah perut akibat post op, nyeri yang dirasakan masih terasa tertusuk, nyeri hilang timbul dan skala nyeri masih sama 6 DO : - Pasien masih bersikap protektif menghindari nyeri - Pasien tampak lebih tenang - Pasien mengatakan tidur hari ini mulai membaik - Hasil tanda-tanda vital pasien menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 70x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu tubuh 36,2°C, dan saturasi oksigen (SpO₂) 98%	Febi
	Jumat	Nyeri Akut	Memonitor	DS :	

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	13 Februari 2026 09.10 WITA	(D.0077)	keberhasilan terapi yang sudah diberikan dan mengajarkan teknik relaksasi dengan terapi musik	- Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan tenang setelah dilakukan terapi relaksasi napas dalam - Pasien mengatakan bersedia mengikuti terapi musik yang diajarkan DO : - Pasien tampak mampu melakukan teknik napas dalam dengan benar - Pasien tampak mendengarkan musik dengan rileks - Skala nyeri pasien tampak menurun setelah dilakukan terapi	
	Jumat 13 Februari 2026 09.25 WITA	Nyeri Akut (D.0077)	Menganjurkan mengukur rasa nyeri secara mandiri dengan menggunakan skala numerik 0-10	DS : - Pasien bersedia melaporkan tingkat nyeri yang dirasakan secara mandiri DO : - Pasien mampu menunjukkan atau menyebutkan angka pada skala numerik sesuai intensitas nyeri yang dirasakan	Febi

e. Evaluasi Keperawatan

Tabel 11

Evaluasi Keperawatan Pada Ny.Y dengan Nyeri Akut Akibat Post Seksio Sesarea di Ruang Nifas Rumah Sakit Umum Daerah Bali Mandara Tahun 2026

No	Hari/Tanggal	Evaluasi	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Sabtu 14 Februari 2026	S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada	Febi

(1)	(2)	(3)	(4)
	09.00 WITA	bagian bawah perut akibat post op, nyeri yang dirasakan masih terasa tertusuk, nyeri hilang timbul dan skala nyeri masih sama 6 - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan tenang setelah dilakukan terapi relaksasi yang telah diajarkan - Pasien bersedia melanjutkan latihan relaksasi secara mandiri di rumah jika nyeri masih dialami. O : - Pasien tampak lebih tenang dan masih protektif terhadap luka post op, ekspresi wajah lebih rileks dibanding sebelumnya - Serta mampu mengikuti dan menjelaskan kembali teknik relaksasi napas dalam yang telah diajarkan. - Hasil tanda-tanda vital pasien menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 70x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu tubuh 36,2°C, dan SpO₂ 98% A : - Masalah keperawatan nyeri akut pada ibu post op seksio sesarea teratasi sebagian yaitu meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun dan yang belum teratasi nyeri yang dialami pasca operasi dan sikap protektif terhadap nyeri pada bagian luka P : - Pasien dianjurkan untuk terus melakukan latihan teknik relaksasi yang diajarkan seperti napas dalam dan terapi musik secara rutin dan mulai memantau nyeri secara mandiri dengan skala numerik 0–10	

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada 11 Februari 2026 pukul 10.00 didapat kan data pasien bernama Ny.Y, perempuan berusia 34 tahun, beragama Hindu, penddidikan terakhir S1, bekerja sebagai IRT dan sudah menikah. Ny.Y beralamat di Jalan Antasura, Peguyangan. Penanggung jawab pasien adalah Tn. S, suami dari pasien, berusia 39

tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Hindu, pendidikan terakhir D3, berstatus menikah, dan bekerja sebagai perawat.

Keluhan utama yang didapatkan dari pasien yaitu pasien mengatakan datang ke RSUD Bali Mandara pada hari Rabu tanggal 11 Februari 2026 dengan G3P2002 UK 37-38 Minggu T/H + LMR (BSC 2x) + KPD > 12 jam + miopia tinggi + anemia sedang, pasien datang ke UGD Ponpek untuk pemeriksaan awal dan didapatkan indikasi persalinan melalui seksio sesarea, lalu pasien dipindahkan ke ruang operasi untuk melakukan tindakan operasi. Setelah operasi persalinan telah selesai dan dilakukan observasi, pasien dipindahkan ke ruang rawat nifas Tunjung pada 11 Februari 2026 pukul 09.30 wita. Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital yang didapatkan diruangan, Suhu : 38,0 C, TD: 122/85 mmHg, pernapasan 18x/menit, nadi 73x/menit dan SPO2 98%. Dilakukan pemasangan infus pada tangan tangan pasien diberikan terapi IVFD RL + 2 amp oxytoein. Pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 8 akibat post seksio sesarea.

Hasil pengkajian pada Ny. Y menunjukkan bahwa pasien post seksio sesarea (SC) mengeluhkan nyeri akut dengan intensitas 8/10 pada skala numerik nyeri (NRS), disertai tanda perilaku nyeri seperti meringis, sikap protektif terhadap area luka, gelisah, dan kesulitan tidur. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wang et al., (2026), yang menunjukkan bahwa nyeri pasca bedah sesar merupakan salah satu masalah postoperative paling signifikan, mempengaruhi berbagai aspek multidimensional tidak hanya sensasi nyeri itu sendiri tetapi juga kondisi psikologis seperti kecemasan dan gangguan tidur. Dalam uji acak terkontrol tersebut, kelompok yang menerima esketamine memiliki skor nyeri NRS lebih rendah pada 24 jam pertama pasca operasi, menunjukkan tingginya intensitas nyeri

yang dialami ibu pasca sederhana apabila analgesia tidak optimal

Penelitian ini hanya meneliti satu pasien, sehingga hasilnya tidak bisa digeneralisasi ke semua ibu setelah operasi sesar. Keluhan nyeri pasien bersifat subjektif, tergantung bagaimana pasien merasakannya dan menyampaikannya. Pengamatan dilakukan hanya beberapa jam setelah operasi, sehingga perubahan nyeri di hari-hari berikutnya tidak tercatat.

2. Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. Y menggunakan komponen Problem (P), Etiologi (E), dan Sign and Symptom (S). Problem yang ditemukan yaitu ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala 8, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif terhadap luka post op, pasien tampak gelisah dan pasien mengeluh sulit tidur akibat nyeri. Pada saat pengkajian pasien juga pasien mengeluh nyeri dengan skala 8, pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif terhadap luka post op, pasien tampak gelisah dan pasien mengeluh sulit tidur akibat nyeri. Sehingga diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny. Y adalah Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi seksio sesarea dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri sengan skala 8, pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap protektif menghindari nyeri, pasien tampak gelisah dengan luka pot op, pasien megatakan sulit tidur.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Espinós Ramírez et al., (2025) yang melaporkan bahwa nyeri akut pasca operasi seksio sesarea sangat umum terjadi, bahkan pada pasien yang telah menerima analgesia standar. Penelitian tersebut menemukan bahwa sebagian besar ibu mengalami nyeri sedang hingga berat dalam 24 jam pertama pasca operasi, sehingga mendukung temuan

pada Ny. Y yang mengalami nyeri.

Diagnosis ini menjadi dasar penting untuk merencanakan intervensi keperawatan yang tepat, baik berupa manajemen nyeri farmakologis maupun non-farmakologis, sehingga dapat membantu pasien merasa nyaman, menurunkan perilaku protektif dan gelisah, serta meningkatkan kemampuan pasien untuk beristirahat. Keterbatasan dalam penentuan diagnosis ini termasuk subjektivitas laporan nyeri pasien, pengamatan yang terbatas pada 1–2 hari pertama pasca operasi, serta faktor eksternal seperti dukungan keluarga dan analgesik tambahan yang dapat memengaruhi intensitas nyeri. Meskipun demikian, diagnosis nyeri akut pada Ny. Y tetap dapat digunakan sebagai dasar intervensi keperawatan yang efektif.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah Ny. Y didiagnosis mengalami nyeri akut pasca operasi seksio sesarea, intervensi keperawatan difokuskan pada manajemen nyeri. Tujuannya adalah membantu pasien merasa lebih nyaman, mengurangi ketegangan fisik dan emosional, serta meningkatkan kemampuan beristirahat. Pelaksanaan intervensi dimulai dengan observasi, di mana peneliti mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, durasi, dan intensitas nyeri yang dialami pasien. Respons non-verbal seperti meringis, sikap protektif terhadap luka, gelisah, serta faktor-faktor yang memperberat atau meringankan nyeri juga dicatat. Keberhasilan terapi komplementer sebelumnya turut dimonitor. Selanjutnya, dilakukan tindakan terapeutik, berupa pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, seperti relaksasi, pernapasan dalam, posisi nyaman saat beristirahat, dan kontrol lingkungan agar tidak memperburuk nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan,

dan kebisingan). Pasien juga diberikan edukasi mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri pasca operasi, strategi meredakan nyeri, serta teknik nonfarmakologis yang bisa dilakukan sendiri. Pasien dianjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri agar dapat melaporkan perubahan secara akurat. Keberhasilan intervensi ini diharapkan terlihat dari beberapa hal yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Dengan terpenuhinya kriteria-kriteria ini, intervensi manajemen nyeri dan relaksasi dianggap efektif membantu Ny. Y merasa lebih nyaman, tenang, dan mampu beristirahat dengan baik pasca operasi seksio sesarea.

Hasil pada Ny. Y yang mengalami nyeri pasca operasi seksio sesarea sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siwicki et al., (2025). Penelitian ini menunjukkan bahwa menggunakan protokol manajemen nyeri yang terencana setelah operasi sesar bisa membantu pasien merasa lebih nyaman dan mengurangi kebutuhan obat penghilang nyeri yang kuat. Dengan kata lain, hasil penelitian ini mendukung intervensi yang diberikan pada Ny. Y, yaitu teknik relaksasi, pengaturan posisi, dan kontrol lingkungan, yang efektif membantu menurunkan nyeri, perilaku protektif, gelisah, serta kesulitan tidur.

Sebagai peneliti, saya melihat bahwa intervensi manajemen nyeri yang diberikan pada Ny. Y cukup membantu. Setelah pasien melakukan relaksasi, diatur posisinya, dan lingkungan diperbaiki seperti suhu, cahaya, dan kebisingan, pasien terlihat lebih nyaman. Nyeri yang awalnya cukup tinggi mulai berkurang, pasien tidak terlalu meringis, sikap protektif terhadap luka menurun, gelisah berkurang, dan tidur pasien juga membaik. Dari pengamatan ini, saya menyimpulkan bahwa cara merawat nyeri ini tidak hanya mengurangi rasa sakit, tetapi juga membuat pasien

lebih tenang dan bisa beristirahat dengan lebih baik.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah Ny. Y didiagnosis mengalami nyeri akut pasca operasi seksio sesarea, intervensi keperawatan difokuskan untuk mengurangi nyeri dan membuat pasien merasa lebih nyaman. Langkah pertama yang dilakukan adalah membangun hubungan saling percaya dengan pasien. Dengan begitu, pasien merasa aman dan lebih mau bekerja sama selama perawatan. Selanjutnya, melakukan pemeriksaan tanda vital dan mengidentifikasi nyeri secara lengkap. Hal yang dicatat meliputi lokasi nyeri, karakteristik, intensitas, durasi, frekuensi, kualitas, serta respon non-verbal pasien seperti meringis, gelisah, atau bersikap protektif terhadap luka. Faktor-faktor yang bisa memperberat atau meringankan nyeri juga dicatat agar tindakan selanjutnya bisa lebih tepat.

Untuk mengurangi nyeri, dilakukan tindakan nonfarmakologis dimana pasien dibantu menempati posisi nyaman, yaitu semi-fowler, dan diajarkan teknik relaksasi dengan napas dalam. Terapi musik juga digunakan untuk menenangkan pasien. Lingkungan pasien dijaga dengan pengaturan suhu, pencahayaan, dan pengurangan kebisingan, karena suasana yang nyaman dapat membantu nyeri berkurang. Pemeriksaan nyeri dilakukan kembali secara berkala untuk memantau perubahan. Pasien juga diberikan penjelasan mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri agar lebih memahami kondisinya. Keluarga pasien diberi arahan untuk membatasi kunjungan dan menjaga ketenangan ruang perawatan. Pasien dianjurkan memantau nyerinya sendiri menggunakan skala 0-10 agar perubahan bisa dilaporkan secara akurat. Setelah intervensi ini dilakukan, terlihat hasil yang positif. Ny. Y melaporkan nyeri yang menurun, perilaku meringis dan sikap

protektif terhadap luka berkurang, gelisah mulai berkurang, dan tidur pasien menjadi lebih nyenyak. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi manajemen nyeri dan relaksasi yang diberikan efektif.

Temuan pada Ny. Y yang menunjukkan adanya penurunan nyeri setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mostafa et al., (2025). Penelitian tersebut menjelaskan bahwa nyeri setelah operasi seksio sesarea adalah hal yang sering terjadi pada ibu pasca melahirkan, terutama pada 24–48 jam pertama setelah operasi. Penelitian ini juga menyebutkan bahwa manajemen nyeri yang dilakukan secara terencana, baik dengan obat maupun teknik nonfarmakologis seperti relaksasi, posisi nyaman, dan lingkungan yang tenang, dapat membantu pasien merasa lebih nyaman, mengurangi rasa gelisah, dan memperbaiki kualitas tidur. Hal ini sesuai dengan kondisi pada Ny. Y, di mana setelah dilakukan tindakan seperti pengaturan posisi semi-fowler, teknik relaksasi napas dalam, terapi musik, serta pengaturan lingkungan yang nyaman, pasien tampak lebih tenang, nyeri berkurang, dan tidur menjadi lebih baik.

Sebagai peneliti, saya melihat bahwa keberhasilan intervensi tidak hanya bergantung pada tindakan perawat, tetapi juga partisipasi pasien. Ny. Y yang mau melakukan teknik relaksasi dan memantau nyeri sendiri lebih cepat merasakan perbaikan. Hal ini menunjukkan pentingnya pendekatan yang terencana, konsisten, dan menyesuaikan kondisi pasien agar hasil optimal. Secara keseluruhan, implementasi keperawatan pada Ny. Y berhasil membantu menurunkan nyeri, mengurangi perilaku protektif dan gelisah, serta memperbaiki tidur pasien, sehingga pasien dapat beristirahat dengan lebih baik pasca operasi seksio sesarea.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil evaluasi pada Ny. Y, didapatkan bahwa pasien masih merasakan nyeri pada bagian bawah perut akibat luka post operasi seksio sesarea. Pasien mengatakan nyeri masih terasa seperti tertusuk, hilang timbul, dengan skala nyeri masih berada pada angka 6. Namun, pasien juga menyampaikan bahwa dirinya merasa lebih nyaman dan tenang setelah dilakukan terapi relaksasi yang telah diajarkan. Pasien tampak lebih tenang, ekspresi wajah lebih rileks dibanding sebelumnya, serta mampu mengikuti dan menjelaskan kembali teknik relaksasi napas dalam yang telah diajarkan. Hasil tanda-tanda vital pasien menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 70x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu tubuh 36,2°C, dan saturasi oksigen (SpO₂) 98%. Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan nyeri akut pada ibu post operasi seksio sesarea teratasi sebagian. Hal ini ditandai dengan adanya penurunan ketegangan dan peningkatan kenyamanan pasien, meskipun intensitas nyeri belum sepenuhnya hilang. Kondisi ini wajar terjadi pada pasien post operasi, karena proses penyembuhan luka masih berlangsung sehingga nyeri dapat tetap dirasakan dalam beberapa hari setelah tindakan pembedahan.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mostafa et al., (2025) dalam jurnal *Post-cesarean delivery pain management*, yang menyatakan bahwa nyeri setelah operasi seksio sesarea masih dapat dirasakan dalam beberapa hari pertama masa pemulihan. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa manajemen nyeri yang dilakukan secara teratur, termasuk teknik relaksasi dan pendekatan nonfarmakologis, dapat membantu meningkatkan kenyamanan pasien dan mempercepat proses pemulihan.

Menurut peneliti, hasil evaluasi ini menunjukkan bahwa intervensi yang

diberikan sudah tepat dan memberikan dampak positif bagi pasien. Pasien yang mampu memahami dan melakukan teknik relaksasi secara mandiri cenderung lebih cepat merasa nyaman dan mampu mengontrol nyerinya. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk terus melakukan latihan relaksasi napas dalam dan terapi musik secara rutin, serta memantau nyeri menggunakan skala numerik 0–10 agar perkembangan kondisi dapat diketahui dengan jelas.

C. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini terutama terletak pada keterbatasan waktu pelaksanaan penelitian dengan lama perawatan pasien yang pendek. Waktu penelitian yang relatif singkat menyebabkan peneliti belum dapat memantau perkembangan kondisi pasien secara lebih lama, khususnya dalam mengevaluasi penurunan intensitas nyeri akut hingga masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi secara optimal. Oleh karena itu, masih diperlukan waktu pemantauan yang lebih panjang untuk memperoleh gambaran hasil intervensi keperawatan yang lebih maksimal pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut post operasi seksio sesarea.