

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Nyeri Akut Pada Ibu Post Seksio Sesarea**

##### **1. Post partum**

Post partum adalah masa sesudah persalinan dimulai setelah kelahiran bayi dan kelahiran plasenta kemudian berakhir saat kondisi fisik maupun psikologis ibu kembali pulih. Masa post partum atau masa nifas berlangsung selama kurang lebih enam minggu setelah melahirkan. Selama enam minggu semua sistem yang ada dalam tubuh ibu akan berangsur-angsur pulih dari berbagai pengaruh dan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Sukarni & Wahyu, 2015).

##### **2. Seksio sesarea**

###### **a. Definisi seksio sesarea**

Seksio sesarea adalah persalinan dengan melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram dan dilakukan bila terdapat komplikasi atau kasus patologi yang menyertai kehamilan yang bertujuan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas (Anggy, 2013).

###### **b. Jenis-jenis seksio sesarea**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), jenis-jenis seksio sesarea adalah sebagai berikut:

###### **1) Seksio sesarea abdomen**

Seksio sesarea transperitonealis

## 2) Seksio sesarea vaginalis

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Sayatan memanjang (longitudinal)
- b) Sayatan melintang (transversal)
- c) Sayatan huruf T (T-incision)

## 3) Seksio sesarea klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm, tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

## 4) Seksio sesarea ismika

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

### **c. Etiologi seksio sesarea**

#### 1) Etiologi yang berasal dari ibu

Pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

**d. Komplikasi seksio sesarea**

Komplikasi pada seksio sesarea menurut (Mochtar, 2013) adalah sebagai berikut:

1) Infeksi puerferral (nifas)

- a) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
- b) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- c) Berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.

2) Perdarahan

Perdarahan pada seksio sesarea terjadi karena adanya atonia uteri, banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, dan perdarahan pada placentar bed.

- 3) Luka kandung kemih, emboli paru, dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

### **3. Nyeri akut**

#### **a. Pengertian nyeri akut**

*International Association for the Study of Pain (IASP)* menjelaskan nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (IASP, 2017).

#### **b. Etiologi nyeri akut**

Menurut Tim Pokja PPNI dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, etiologi utama nyeri akut, yaitu agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

#### **c. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri akut**

Berbagai faktor dapat mempengaruhi persepsi dan reaksi seseorang terhadap nyeri. Faktor ini mencakup etnik dan nilai budaya, lingkungan dan individu pendukung, pengalaman nyeri sebelumnya, tahap perkembangan, ansietas dan stres, jenis kelamin, makna nyeri, keletihan, perhatian, gaya coping, serta dukungan keluarga dan sosial (Iqbal Mubarak et al., 2015).

##### **1) Etnik dan nilai budaya**

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah suatu yang alamiah. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu

dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

#### 2) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan keluarga dan orang-orang terdekat.

#### 3) Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu dengan penanganan nyeri saat ini.

#### 4) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

#### 5) Ansietas dan stres

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

#### 6) Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

#### 7) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

#### 8) Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

#### 9) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan

nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

#### 10) Gaya coping

Individu yang memiliki lokus kendali internal mempersiapkan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain di dalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

#### 11) Dukungan keluarga dan sosial

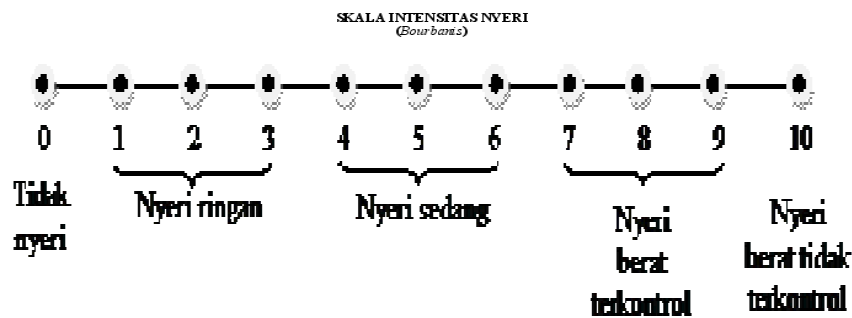
Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

#### **d. Pengukuran skala intensitas nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Iqbal Mubarak et al., 2015).

Skala intensitas nyeri memberikan konsistensi kepada perawat untuk berkomunikasi dengan pasien dan pemberi perawatan kesehatan lain. Sebagian besar skala menggunakan kisaran 0 sampai 5 atau 0 sampai 10 dengan 0 menandakan “tidak nyeri” dan angka tertinggi menandakan “nyeri hebat” untuk individu tersebut (Kozier et al., 2010).

1) Skala nyeri menurut bourbanis



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri

Sumber: (Iqbal Mubarak et al. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar, 2015)

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan: Secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi

4-6 : Nyeri sedang: Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki karakteristik adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil

7-9 : Nyeri berat: Secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka pasien pucat, kekakuan otot, kelelahan dan keletihan



10 : Nyeri sangat berat: Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

#### **e. Dampak nyeri akut**

Nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktivitas sehari-hari (Iqbal Mubarak et al., 2015):

##### 1) Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonom. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat.

##### 2) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

##### 3) Efek perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespons secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien sering kali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi, mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

#### **4. Nyeri post seksio sesarea**

Tindakan operasi seksio sesarea menyebabkan nyeri dan mengakibatkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan (Rini & Susanti, 2018). Rasa nyeri merupakan mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan rusak dan menyebabkan individu untuk bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Rasa nyeri biasanya terjadi 12 sampai 36 jam setelah operasi, dan menurun pada hari ketiga.

Proses nyeri dimulai ketika bagian tubuh terluka oleh tekanan, pemotongan, dingin atau kekurangan oksigen dalam sel, maka bagian tubuh yang cedera akan merilis berbagai macam intraseluler zat dilepaskan ke ruang ekstraselular maka akan mengiritasi nosiseptor. Saraf ini akan merangsang dan bergerak sepanjang serat-serat saraf atau neurotransmisi yang akan menghasilkan zat yang disebut neurotransmitter, seperti empat prostaglandin dan epinefrin yang membawa pesan rasa sakit dari sumsum tulang belakang diteruskan ke otak dan dirasakan sebagai nyeri (Marfuah, Dewi et al., 2019).

### **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Nyeri Akut**

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilaksanakan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Kozier et al., 2010).

Hal yang perlu dikaji pada ibu post seksio sesarea dengan nyeri akut adalah:

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor *medical record*, diagnosa medik.

b. Keluhan utama dan tanda mayor

Keluhan utama pada pasien post seksio sesarea biasanya adalah nyeri akut. Sedangkan keluhan utama yang harus ada menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) untuk menentukan pasien yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut antara lain:

Subjektif : mengeluh nyeri.

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

1) P (*provoking* atau pemicu) yaitu faktor yang memperparah atau meringankan nyeri, pertanyaan yang ditanyakan pada pasien berupa:

- a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?
- b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?
- c) Apa yang Anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

2) Q (*quality* atau kualitas) yaitu kualitas nyeri (misalnya, tumpul, tajam, merobek), pertanyaan yang ditanyakan kepada pasien dapat berupa:

- a) Bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
- b) Sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri mengganggu aktifitas?

3) R (*regional* atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) yaitu data mengenai daerah penjalaran nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

a) Dimana gejala nyeri terasa?

b) Apakah nyeri yang dirasakan menyebar atau merambat?

4) S (*severity* atau keganasan) yaitu data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

a) Seberapa parah nyeri yang pasien rasakan jika diberi rentang angka 1-10?

5) T (*time* atau waktu) yaitu data mengenai serangan, lamanya, frekuensi, sebab, dan kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?

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

c) Berapa lama nyeri berlangsung?

d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?

c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post seksio sesarea kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan yaitu usia perkawinan, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi *tetanus toxoid* (TT), umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien post seksio sesarea tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post seksio sesarea tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post seksio sesarea pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Gerak dan aktivitas, pada pasien post seksio sesarea terjadi gangguan gerak dan aktivitas dikarenakan pengaruh anestesi pasca pembedahan.
- 5) Istirahat dan tidur, pada pasien post seksio sesarea terjadi gangguan pada pola istirahat dan tidur dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 6) Berpakaian, pada pasien post seksio sesarea biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.

- 7) Rasa nyaman, pada pasien post seksio sesarea akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 8) Kebersihan diri, pada pasien post seksio sesarea kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 9) Konsep diri, pada pasien post seksio sesarea seorang ibu merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu seksio sesarea lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien post seksio sesarea biasanya belum bisa bermain dan berkreasi.
- 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan seksio sesarea yang meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, keluarga berencana (KB), seksual, serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi baru lahir, diantaranya memandikan bayi, merawat tali pusat, dan cara menyusui yang benar.
- 14) Data spiritual, kaji tingkat kepercayaan ibu terhadap Tuhan.
  - i. Pemeriksaan fisik
    - 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit berat badan, dan tinggi badan.

- 2) Pemeriksaan kepala wajah: konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher: ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax: ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan payudara: bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen: tinggi fundus uteri, ada tidaknya tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan pada luka bekas operasi, terdapat striae/linea, peristaltik usus, kontraksi uterus baik/tidak.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya, tanda-tanda infeksi, ada tidaknya hematoma, menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang: pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin (Hb), hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

## **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam penelitian ini adalah nyeri akut.

Tabel 1  
 Diagnosis Keperawatan pada Ibu Post  
 Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut

No.	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Gejala dan Tanda
(1)	(2)	(3)	(4)
1	<p>Nyeri Akut</p> <p><b>Kategori:</b> Psikologis</p> <p><b>Subkategori:</b> Nyeri dan Kenyamanan</p> <p><b>Definisi:</b> 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</p>	<p>Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p><b>Mayor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh nyeri</li> </ol> </li> <li>2. Objektif           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak meringis</li> <li>b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>c. Gelisah</li> <li>d. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>e. Sulit tidur</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Minor</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektif (tidak tersedia)</li> <li>2. Objektif           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah meningkat</li> <li>b. Pola napas berubah</li> <li>c. Nafsu makan berubah</li> <li>d. Proses berpikir terganggu</li> <li>e. Menarik diri</li> <li>f. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>g. Diaforesis</li> </ol> </li> </ol>

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), 2016)



### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2  
Intervensi Asuhan Keperawatan pada Ibu Post  
Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut

<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
(1)	(2)	(3)
Nyeri akut berhubungan dengan agena pencedera ditandai dengan pasien nyeri, tampak pasien gelisah, mengeluh tidur	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat, dengan kriteria hasil: <b>Luaran Utama:</b> • <b>Tingkat Nyeri</b> 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif 4. Tidak gelisah Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik  <b>Luaran Tambahan</b> • <b>Kontrol Nyeri</b> 1. Kemampuan mengenali penyebab	<b>SIKI</b> <b>Intervensi Utama:</b> • <b>Manajemen Nyeri</b> <b>a. Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri nonverbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik

(1)	(2)	(3)
	<p>nyeri meningkat</p> <p>2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</p> <p>3. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis meningkat</p>	<p><b>b. Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p><b>d. Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
		<p><b>Intervensi Pendukung:</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perawatan Seksio Sesarea</b></li> </ul>
		<p><b>a. Observasi</b></p>
		<p>1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan</p> <p>Monitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokhea)</p>
		<p>2. Monitor kondisi luka dan balutan</p>
		<p><b>b. Terapeutik</b></p>
		<p>1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam</p>
		<p><b>c. Edukasi</b></p>
		<p>1. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk, dan</p>

(1)	(2)	(3)
		napas dalam
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Perawatan Pasca Persalinan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Monitor keadaan lochea (mis. warna, jumlah, bau dan bekuan)</li> <li>3. Periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuan jahitan)</li> <li>4. Monitor nyeri</li> </ol> </li> <li>b. <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini</li> </ol> </li> <li>c. <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan cara perawatan perineum yang tepat</li> </ol> </li> </ul> </li> </ul>

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), 2018) & (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018)

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010).

Pada diagnosis nyeri akut untuk implementasi keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan rencana. Waktu pelaksanaan selama 2x24 jam dilaksanakan dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respon nyeri nonverbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan

keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memonitor pemberian analgetik, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu, monitor kondisi luka dan balutan, monitor keadaan lochea (mis. jumlah warna, jumlah, bau, bekuan), dan periksa perineum atau robekan (kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran, penyatuan jahitan).

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respons (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan.

Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP, dimana S (*subjective*) yaitu data yang diperoleh berdasarkan pernyataan atau keluhan dari pasien, O (*objective*) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A (*analysis*) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P (*planning*) yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013).

Tabel 3  
Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ibu Post  
Seksio Sesarea dengan Nyeri Akut

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien mengeluh sulit tidur	<p><i>S (subjective)</i></p> <p>Data yang diperoleh dari respon pasien secara verbal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri berkurang.</li> <li>b. Pasien dapat mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri.</li> </ol> <p><i>O (objective)</i></p> <p>Data yang diperoleh dari respon pasien secara nonverbal atau melalui pengamatan perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mampu mengontrol nyeri.</li> <li>b. Pasien tampak lebih rileks.</li> </ol> <p><i>A (analysis)</i></p> <p>Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.</li> <li>b. Tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.</li> </ol> <p><i>P (planning)</i></p> <p>Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan,</p>

---

(1)	(2)	(3)
		dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

---

Sumber: (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013)