BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Sectio Caesarea

2.1.1. Pengertian Sectio Caesarea

Persalinan ialah proses pengeluaran janin, plasenta dan membran dari rahim. Awalnya serviks akan berdilatasi karena adanya kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan intensitas yang teratur. Seiring bertambahnya waktu kekuatannya akan semakin meningkat sehingga pembukaan pada serviks lengkap dan siap untuk mengeluarkan janin dari rahim ibu. Persalinan terbagi menjadi 2 jenis, yaitu persalinan per vaginam dan per abdominal Persalinan per vaginam terbagi menjadi 3 macam persalinan, yaitu persalinan normal, persalinan ekstraksi vakum dan persalinan forsep. Sedangkan persalinan per abdominal terdiri dari persalinan caesarean section.

Sectio Caesarea (SC), juga dikenal sebagai operasi caesar atau C-section, adalah prosedur operasi yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari rahim melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Secara historis, istilah "caesarea" berasal dari nama Julius Caesar, meskipun kebenaran sejarahnya masih diperdebatkan. Namun, prosedur ini telah menjadi metode penyelamatan hidup yang penting bagi bayi dan ibu dalam situasi tertentu. (Sartika & Bahar, 2020).

Definisi Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur bedah obstetrik di mana bayi lahir melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Definisi ini diperoleh dari berbagai sumber referensi, termasuk buku dan jurnal ilmiah dalam bidang obstetri dan ginekologi. (Fegita et al., 2020).

Sedangkan menurut (Obstetrics, 2018) Sectio caesarea merupakan prosedur bedah obstetrik yang digunakan untuk mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu. Ini sering kali dilakukan dalam situasi di mana persalinan normal tidak mungkin atau berisiko bagi ibu atau bayinya.

Menurut (Landon, 2018) Operasi caesar, atau sectio caesarea, adalah prosedur bedah obstetrik di mana bayi lahir melalui sayatan pada dinding perut dan rahim ibu. Ini sering digunakan dalam situasi di mana persalinan normal tidak mungkin atau tidak aman. Jadi secara umum section caesarea merupakan suatu prosedur bedah yang digunakan untuk membantu melahirkan bayi.

2.1.2. Etiologi

Menurut Siti Rahmi Damyanti (2024), penyebab section caesarea dilakukan sebagai berikut:

a. Ketuban Pecah Dini (KPD)

   Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah salah satu indikasi dilakukannya sectio caesarea (SC). Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu yaitu pada pembukaan <4 cm (fase laten) KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan ataupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD saat umur kehamilan <37 minggu. kematian prenatal disebabkan oleh KPD, dengan komplikasi seperti sepsis, asfiksia dan hipoplasia paru. KPD menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Kasus dengan KPD memerlukan penanganan yang tepat, pemberian antibiotik serta pertimbangan terminasi kehamilan. Persalinan dengan riwayat KPD mempunyai peluang berulang sehingga diperlukan upaya pencegahan pada kehamilan berikutnya.

b. Chepalo Pelvik Disproportion (CPD)

   DKP atau CPD juga merupakan indikasi absolut untuk dilakukannya tindakan SC. Pada DKP persalinan secara pervaginam tidak memungkinkan, karena sempitnya ukuran panggul, ukuran janin terlalu besar atau kombinasi keduanya, bila dipaksakan tentu akan menimbulkan banyak komplikasi baik pada ibu maupun juga pada janin. Ibu bersalin Cepalo Pelvik

Disproportion (CPD) yang dilakukan Tindakan Sectio Caesarea cito sebagian besar adalah pasien dari klinik bidan dan puskesmas yang dirujuk karena persalinan disertai dengan penyulit. (Tambuwun, Natalia, and Muharni 2023).

c. Pre eklampsia Berat (PEB)

Pre eklampsia adalah sindrom spesifik-kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel. Pre eklampsi adalah kondisi khusus dalam kehamilan, ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD) dan proteinuria. Pre eklampsi merupakan kumpulan gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan dalam masa nifas yang terdiri dari trias; hipertensi, proteinuri, dan edema. (Aprina and Puri 2016) Ibu bersalin dengan Pre Eklamsia Berat (PEB) sebagian besar dilakukan Sectio Caesarea cito. Pre Eklamsia Berat (PEB) merupakan indikasi persalinan yang beresiko mengancanm nyawa ibu dan bayi. Oleh karena itu ibu bersalin yang sudah di diagnosa Pre Eklamsia Berat harus segera dilakukan SC demi keselamatan ibu dan bayi serta diperlukan pemantauan yang ketat disaat operasi berlangsung maupun setelah operasi. (Tambuwun et al. 2023).

d. Riwayat Sectio Caesarea

Riwayat SC merupakan indikasi relatif Sectio Caesarea. Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan Sectio Caesarea. Riwayat persalinan ibu sangan menentukan pemilihan persalinan pada kehamilan berikutnya. Ibu bersalin dengan Riwayat sectio caesarea yang dilakukan tindakan sectio caesarea cito sebagian besar dipengaruhi oleh usia dan paritas ibu serta komplikasi tertentu. Sedangkan section caesarea kondisi ibu dan janin tidak

disertai ancaman langsung sehingga dapat direncanakan pada waktu yang sesuai. (Awi et al. 2022).

e. Gawat janin

Gawat janin atau fetal distress terjadi akibat kurangnya kandungan oksigen atau asupan nutrisi di dalam kandungan. Hal ini tidak diabaikan karena membutuhkan perawatan dan pengobatan secara langsung dan cepat dari tim medis.

f. Malpresentasi

Merupakan kondisi Dimana bagian anatomi janin yang masuk terlebih dahulu ke pelvic inlet adalah bagian lain selain vertex.

g. Malposisi kedudukan janin

Malposisi merupakan presentasi verteks dengan posisi anterior yang tidak mengalami fleksi secara sempurna, contohnya defleksi kepala, posisi oksipitolateral dan oksipitoposterior dengan oksiput sebagai penentu posisi.

h. Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

Prolapsus tali pusat adalah kondisi tali pusat bayi turun melewati janin, menutupi jalan lahir, atau bahkan keluar lebih dulu daripada janin.

i. Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Ekstraksi vakum merupakan salah satu prosedur yang dilakukan untuk membantu proses persalinan secara normal. Apabila terjadi kegagalan, maka seharusnya dilakukan Operasi Sectio Caesarea.

2.1.3. Klasifikasi

Ramandanty (2019) menyatakan ada beberapa jenis *sectio caesarea* (SC), yaitu diantaranya:

a. Sayatan Klasik

Sayatan klasik dilakukan dengan membuat sayatan vertikal, sehingga memberikan ruang yang lebih luas untuk proses kelahiran bayi. Namun, metode ini kini jarang digunakan karena memiliki risiko lebih tinggi dalam persalinan. Dalam beberapa kasus,

diperlukan sayatan yang lebih besar, terutama jika bayi lahir dengan posisi bokong terlebih dahulu



Gambar 2.1 Sayatan Sectio Caesarea secara Vertikal

b. Sayatan Mendatar

Sayatan mendatar dilakukan dengan membuat sayatan kecil secara melintang di bagian bawah rahim. Sayatan ini kemudian diperlebar menggunakan jari hingga mencapai area pembuluh darah rahim. Metode ini banyak digunakan saat ini karena dapat mengurangi risiko perdarahan serta mempercepat proses penyembuhan luka.



Gambar 2.2 Sayatan Sectio Caesarea secara Mendatar

c. Sectio Caesarea Ulang (Repeat Caesarean Section)

Ibu yang pada kehamilan sebelumnya telah menjalani operasi sectio caesarea umumnya akan menjalani prosedur yang sama pada kehamilan berikutnya. Dalam kebanyakan kasus, sayatan dibuat di area bekas luka operasi sebelumnya.

d. Sectio Caesarea Histerektomi

Operasi ini dilakukan dengan melahirkan janin melalui sectio caesarea, kemudian diikuti dengan pengangkatan rahim. Prosedur ini biasanya diperlukan dalam kasus perdarahan yang sulit dihentikan atau ketika plasenta tidak dapat terlepas dari rahim.

e. Operasi Porro (Porro Operation)

Operasi ini dilakukan pada janin yang telah meninggal dalam rahim tanpa terlebih dahulu mengeluarkannya dari rongga uterus, kemudian langsung dilakukan histerektomi. Prosedur ini biasanya diperlukan dalam kasus infeksi rahim yang parah.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Beberapa manifestasi klinis post op sectio caesarea pada ibu adalah sebagai berikut: (azizah, 2023)

1. Nyeri akibat luka pembedahan
2. Luka insisi pada bagian abdomen
3. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
4. Aliran lokhea sedang dan bebas bekuan berlebihan
5. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600 sampai 800ml
6. Emosi pasien labil dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
7. Terpasang kateter urinarius pada sistem eliminasi BAK
8. Dengan auskultasi bising usus tidak terdengar atau mungkin samar
9. Immobilisasi karena adanya pengaruh anastesi
10. Bunyi paru jelas dan vesikuler dengan RR 20x/menit
11. Karena kelahiran secara SC mungkin tidak direncanakan maka biasanya kurang memahami prosedur

2.1.5. Patofisiologi

Bayi yang tidak dapat lahir secara normal atau spontan dapat disebabkan oleh berbagai faktor yang menghambat proses persalinan. Beberapa kondisi yang dapat menjadi penyebabnya meliputi plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi sefalopelvik. rupture uteri yang mengancam, persalinan yang lama atau tidak mengalami kemajuan, pre-eklamsia, distosia serviks, serta malpresentasi janin. Dalam kondisi seperti ini, tindakan operasi Sectio Caesarea (SC) sering kali diperlukan. Setelah operasi pertama, pasien mungkin mengalami keterbatasan aktivitas akibat imobilisasi, yang dapat menyebabkan gangguan dalam perawatan diri, terutama jika terjadi kelemahan fisik atau kelumpuhan sementara. Selain itu, kecemasan dapat muncul jika pasien tidak memiliki pemahaman yang cukup mengenai prosedur operasi, proses penyembuhan, dan perawatan pascaoperasi. Selama pembedahan, dilakukan insisi pada dinding perut, yang dapat menyebabkan pemutusan jaringan, pembuluh darah, dan saraf di area tersebut. Setelah operasi selesai, tubuh melepaskan histamin dan prostaglandin, yang dapat memicu nyeri dan ketidaknyamanan. Luka operasi yang tidak dirawat dengan baik berisiko mengalami infeksi. sehingga perawatan pascaoperasi yang optimal sangat penting untuk mencegah komplikasi. (Siti Rahmi Damyanti, 2024).

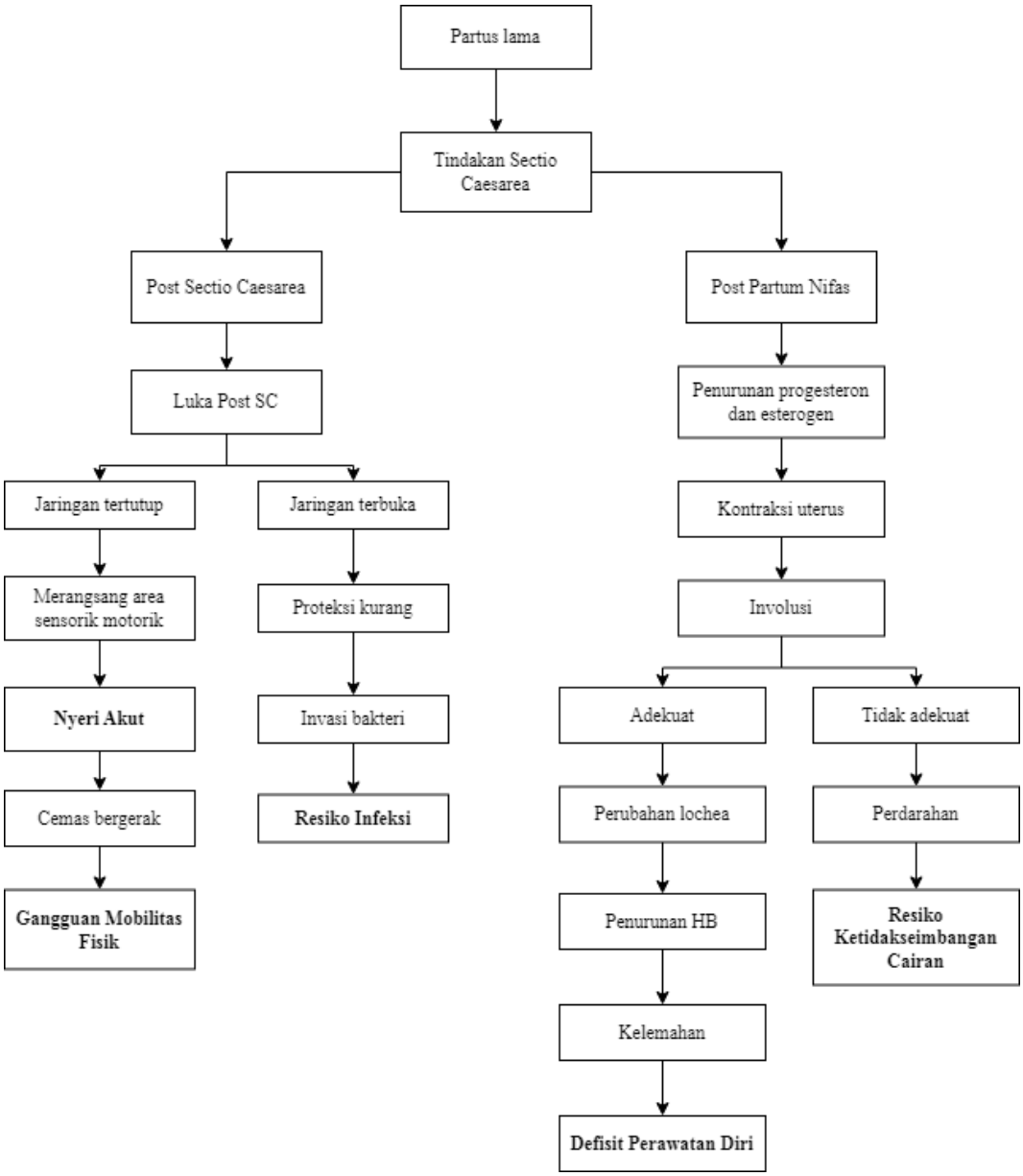
Selain menimbulkan nyeri, tindakan sectio caesarea juga memicu respons stres neuroendokrin yang ditandai dengan peningkatan kadar kortisol dan katekolamin. Kondisi ini berdampak pada kenaikan tekanan darah, frekuensi nadi, serta penurunan sementara fungsi imun, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi pascaoperasi (Hardiyanti, 2020). Di samping itu, penggunaan anestesi spinal selama prosedur operasi turut berperan dalam munculnya berbagai gangguan pascaoperasi, seperti hipotensi, mual, serta penurunan motilitas gastrointestinal yang dikenal sebagai ileus paralitik pascaoperasi.

Dampak patofisiologis pada tindakan sectio caesarea tidak hanya berfokus pada perubahan fisik, tetapi juga meliputi gangguan proses laktasi

akibat kurang optimalnya rangsangan hormon oksitosin, keterbatasan mobilisasi yang dapat meningkatkan risiko terjadinya trombosis vena dalam (DVT), serta gangguan psikologis seperti kecemasan dan kemungkinan depresi postpartum (Emilia & Kartikasari, 2024).

2.1.6. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Post Sectio Caesarea



Sumber: Eva

2.1.7. Komplikasi

Tindakan sectio caesarea sebagai prosedur pembedahan mayor memiliki berbagai potensi risiko komplikasi yang dapat terjadi pada ibu setelah operasi. Menurut Hardiyanti (2020), beberapa komplikasi yang mungkin timbul meliputi infeksi, perdarahan, komplikasi bedah, serta morbidly adherent placenta. Komplikasi tersebut dapat muncul baik selama proses operasi maupun pada masa pascaoperasi, sehingga diperlukan pemantauan yang ketat serta pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif guna mendeteksi dan mencegah terjadinya komplikasi secara dini.

1. Komplikasi Intraoperatif
    a. Perdarahan Intraoperatif

        Perdarahan merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada tindakan sectio caesarea. Kondisi ini dapat disebabkan oleh atonia uteri, perluasan insisi uterus yang tidak terkontrol, kesulitan dalam pelepasan plasenta, maupun terbentuknya hematoma pada ligamentum latum. Rata-rata kehilangan darah pada prosedur ini berkisar antara 500–1000 ml. Kehilangan darah dalam jumlah besar berpotensi menimbulkan syok secara tiba-tiba, dan jika tidak dapat dikendalikan, dapat memerlukan tindakan histerektomi, terutama pada kasus atonia uteri yang berlanjut (Wathina, 2023).

    b. Cedera Organ Sekitar

        Pelaksanaan sectio caesarea yang kurang hati-hati dapat menyebabkan cedera pada organ di sekitar uterus, seperti rektum atau vesika urinaria. Risiko ini meningkat terutama pada tindakan sectio caesarea berulang akibat adanya perlekatan jaringan dari operasi sebelumnya. Selain itu, cedera tersebut juga dapat memicu terbentuknya adhesi intraabdomen yang berpotensi menimbulkan komplikasi jangka panjang.

c. Komplikasi Anestesi

Penggunaan anestesi dalam tindakan sectio caesarea juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi. Pada anestesi spinal, dapat terjadi hipotensi akibat vasodilatasi perifer, mual muntah, hingga risiko henti napas jika blokade anestesi terlalu tinggi. Sementara itu, pada anestesi umum terdapat risiko aspirasi isi lambung yang perlu diwaspadai selama prosedur berlangsung.

2. Komplikasi Postoperasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut pada area insisi merupakan keluhan utama yang paling sering dialami oleh ibu post sectio caesarea. Intensitas nyeri umumnya paling tinggi dalam 12–36 jam pertama setelah operasi dan mulai berkurang pada hari ketiga (Emilia & Kartikasari, 2024). Penanganan nyeri yang tidak optimal dapat menghambat mobilisasi dini, mengganggu proses menyusui, menurunkan kualitas bonding antara ibu dan bayi, serta meningkatkan risiko terjadinya depresi postpartum.

b. Infeksi Luka Operasi

Infeksi luka operasi atau Surgical Site Infection (SSI) merupakan kondisi di mana mikroorganisme patogen berkembang pada luka operasi, ditandai dengan gejala lokal seperti kemerahan, nyeri, panas, dan pembengkakan yang muncul dalam waktu hingga 30 hari setelah tindakan pembedahan.

c. Trombosis Vena Dalam (Deep Vein Thrombosis)

Pascaoperasi sectio caesarea dapat meningkatkan risiko terbentuknya trombus pada vena, khususnya di ekstremitas bawah dan rongga panggul. Kondisi ini terjadi akibat kombinasi imobilisasi, stasis aliran darah vena, serta peningkatan faktor koagulasi sebagai respons terhadap pembedahan. Oleh karena itu, pemeriksaan darah lengkap sebelum operasi penting dilakukan untuk menilai kemungkinan gangguan pembekuan darah.

d. Ileus Paralitik Pascaoperasi

Sectio caesarea serta penggunaan anestesi dapat menyebabkan penurunan motilitas usus yang dikenal sebagai ileus paralitik. Kondisi ini dilaporkan terjadi sekitar 12% pada ibu post sectio caesarea (Conner et al., 2014). Gejala yang sering muncul meliputi mual, perut kembung, serta ketidakmampuan mengeluarkan gas dalam beberapa jam pertama setelah operasi, yang disebabkan oleh manipulasi usus selama pembedahan dan efek anestesi terhadap sistem saraf otonom saluran cerna.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan tindakan sectio caesarea menurut (Haramain & Abidin, 2024)

a. Hitung darah lengkap

Dilakukan untuk menilai komponen darah seperti kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan trombosit. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi adanya anemia, infeksi, serta gangguan pembekuan darah yang dapat memengaruhi kondisi ibu sebelum maupun sesudah tindakan operasi

b. Golongan darah (ABO), pencocokan silang, tes Coombs Nb.

Dilakukan untuk mengetahui tipe golongan darah dan rhesus ibu serta mendeteksi adanya antibodi terhadap sel darah merah. Hal ini penting dalam mengantisipasi kebutuhan transfusi darah dan mencegah inkompatibilitas rhesus yang dapat berdampak pada janin.

c. Urinalisis

Pemeriksaan urin yang bertujuan untuk mendeteksi adanya protein (albumin) dan glukosa dalam urin. Keberadaan protein dapat mengindikasikan preeklamsia, sedangkan glukosa dapat menjadi tanda adanya diabetes gestasional. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat membantu mendeteksi infeksi saluran kemih.

d. Pelvimetri

Dilakukan untuk mengukur dimensi panggul ibu guna menilai kemungkinan adanya Cephalopelvic Disproportion, yaitu ketidaksesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu yang dapat menjadi indikasi tindakan sectio caesarea.

e. Kultur

Dilakukan untuk mengidentifikasi adanya infeksi Herpes Simpleks Tipe II, yang berisiko menular kepada bayi saat persalinan pervaginam dan dapat menyebabkan komplikasi serius pada neonatus.

f. Ultrasonografi

Merupakan pemeriksaan non-invasif yang digunakan untuk menilai kondisi janin dan organ reproduksi ibu, termasuk menentukan lokasi plasenta, memantau pertumbuhan janin, serta menilai letak dan presentasi janin.

g. Amniosintess

Prosedur invasif yang dilakukan dengan mengambil sampel cairan ketuban untuk menilai maturitas paru janin, terutama pada kondisi yang memerlukan persalinan sebelum waktu yang seharusnya. Selain itu, pemeriksaan ini juga dapat digunakan untuk mendeteksi kelainan genetik dan infeksi intrauterin.

2.1.9. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis Post Sectio Caesarea

   a. Pemberian Cairan

      Pada 24 jam pertama biasanya ibu akan berpuasa fase setelah operasi, kebutuhan cairan untuk perintavena harus tercukupi dan mengandung elektrolit untuk meminimalisir terjadinya penurunan suhu tubuh secara drastis, kekurangan cairan, dan muncul komplikasi baru pada organ tubuh lain. Jenis cairan yang dapat diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan terapi infus R/L

secara bergantian dengan jumlah 17 tetes tergantung dengan kebutuhan ibu. Jika kadar Hb kurang dari batas normal maka sebaiknya dilakukan transfusi darah yang disesuaikan degan kebutuhan klien.

b. Diet

Melalui infus, cairan yang diberikan akan dihentikan apabila klien sudah mengeluarkan gas (flatus) kemudian akan dimulai dengan diberi minum dan makan peroral. Minum dengan jumlah yang sedikit dapat dilakukan pada rentan 6 -10 jam pasca operasi, minuman dapat berupa air mineral ataupun air teh (Pragholapati, 2020)

c. Mobilisasi

Dianjurkan kepada ibu dengan bertahap contohnya, pada 6-10 jam setelah operasi dianjurkan untuk miring kanan kiri. Selanjutnya latihan bernapas pada ibu dilakukan dengan cara posisi tidur telentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi, ibu juga dapat dianjurkan untuk duduk selama 5 menit dan perawat menganjurkan ibu untuk nafas dalam. Kemudian posisi tidur telentang dan diubah menjadi posisi setengah duduk (semi fowler)

d. Kateterisasi

Kateterisasi digunakan sebagai cara untuk meminimalisir rasa nyeri akibat kandung kemih yang penuh.

e. Therapy atau obat-obatan

1. Antibiotik
2. Analgetik

Jenis obat yang dapat digunakan sebagai pelancar kerja untuk saluran pencernaan dan obat-obatan.

2. Penatalaksanaan Non Farmakologis post Sectio Caesarea
    a. Mobilisasi Dini

        Mobilisasi dini merupakan intervensi non-farmakologis yang sangat penting dalam perawatan ibu pasca sectio caesarea. Pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, dimulai dari posisi miring kanan dan kiri dalam 6 jam pertama setelah operasi, dilanjutkan dengan duduk pada 8–12 jam, berdiri pada 12–24 jam, hingga berjalan mandiri pada 24–48 jam pascaoperasi (Purba et al., 2021). Penerapan mobilisasi dini terbukti efektif dalam mempercepat pemulihan fungsi gastrointestinal, mencegah terjadinya trombosis vena dalam, mempercepat proses penyembuhan luka, serta mempersingkat lama rawat inap.

    b. Manajemen Nyeri Non-Farmakologis

        Berbagai metode non-farmakologis dapat digunakan untuk membantu menurunkan intensitas nyeri pada ibu pasca sectio caesarea, antara lain

        1. Teknik Relaksasi Napas Dalam

            Teknik pernapasan dalam dan perlahan dapat merangsang aktivasi sistem saraf parasimpatis, sehingga membantu mengurangi ketegangan otot dan menurunkan persepsi nyeri (Purba et al., 2021).

        2. Teknik Distraksi

            Pengalihan perhatian dari rasa nyeri melalui aktivitas seperti mendengarkan musik, berbincang, atau melakukan kegiatan yang menyenangkan terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan

        3. Pijat

            Pijatan ringan pada area punggung dengan frekuensi sekitar 60 kali usapan per menit selama ±20 menit

terbukti mampu menurunkan skala nyeri rata-rata sebesar 2,5 poin. Efek ini terjadi melalui pelepasan endorfin dan stimulasi sistem saraf parasimpatis.

4. Kompres Hangat

   Pemberian kompres hangat pada area yang mengalami nyeri dapat meningkatkan sirkulasi darah lokal serta membantu mengurangi ketegangan otot.

5. Teknik Relaksasi Benson

   Teknik ini bekerja dengan menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh berada dalam kondisi lebih tenang dan rileks.

c. Perawatan Luka Insisi

   Perawatan luka insisi pada tindakan sectio caesarea dilakukan dengan prinsip aseptik guna mencegah infeksi. Penggantian balutan dilakukan secara rutin setiap hari atau sesuai kondisi luka. Selain itu, perlu dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, peningkatan suhu lokal, nyeri tekan, serta adanya cairan purulen (Ruslan & Nur, 2022). Ibu juga perlu diedukasi untuk menjaga kebersihan luka dan menghindari paparan air sebelum luka benar-benar sembuh.

d. Dukungan Laktasi

   Pemberian dukungan laktasi merupakan komponen penting dalam asuhan ibu pasca sectio caesarea, mengingat adanya risiko keterlambatan produksi ASI akibat prosedur operasi.

f. Penatalaksanaan Nutrisi

   1. Pemenuhan Cairan dan Elektrolit

Pada fase awal pascaoperasi, kebutuhan cairan dipenuhi melalui pemberian cairan intravena seperti Ringer Laktat atau NaCl 0,9% sesuai indikasi. Setelah fungsi gastrointestinal kembali normal yang ditandai dengan keluarnya flatus, asupan makanan dimulai dari diet cair, kemudian secara bertahap ditingkatkan menjadi diet lunak dan akhirnya diet biasa (Purba et al., 2021).

2. Pemenuhan Nutrisi Pascaoperasi

   Asupan nutrisi yang adekuat sangat diperlukan untuk menunjang proses penyembuhan luka dan pemulihan kondisi ibu. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum meningkat, terutama untuk memenuhi kebutuhan energi, protein, zat besi, kalsium, serta vitamin yang berperan dalam proses laktasi dan pemulihan pascaoperasi (Ruslan & Nur, 2022).

2.2. Konsep Nyeri

2.2.1. Definisi

Nyeri merupakan perasaan atau sensasi tidak nyaman yang disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan (IASP, 2020). Nyeri juga merupakan sinyal bagi tubuh yang menandakan adanya masalah atau penyakit dalam tubuh sehingga perlu adanya tindakan. Respon nyeri yang dirasakan setiap orang akan berbeda-beda tergantung emosional, budaya dan pengalaman yang pernah dirasakan penderitanya (Collins et al., 2021).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya.

2.2.2. Klasifikasi Nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis: (Jurdi, 2023)

1. Nyeri Akut

   Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan. cepat menghilang dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Jika kerusakan tidak lama terjadi dan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadi penyembuhan. Nyeri ini umumnya terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Hal ini menarik perhatian bahwa nyeri ini benar terjadi dan mengajarkan kepada pasien untuk menghindari situasi serupa yang secara potensial menimbulkan nyeri.

2. Nyeri Kronis

   Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama yaitu lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal, syndroma nyeri kronis, nyeri psikosomatik. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

Nyeri diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan. berdasarkan tempat dan sifat nyeri. Berdasarkan tempatnya, nyeri terdiri atas:

a. Pheriperal pain: Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit mukosa.
b. Deep pain: Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

c. Refered pain: Nyeri dalam yang disebabkan oleh penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda dengan daerah asal nyeri
d. Central pain: Nyeri yang terjadi kerena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak dan thalamus.

Sedangkan berdasarkan sifatnya, nyeri terdiri atas :

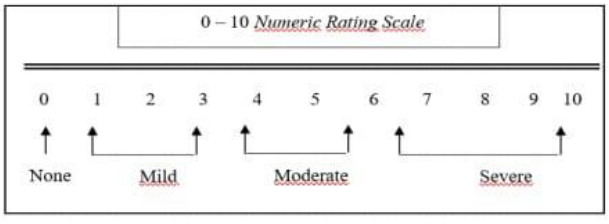
a. Incidental pain: Nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
b. Steady pain: Nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
c. Proxymal pain: Nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Biasanya nyeri menetap kurang lebih 10 sampai dengan 15 menit, lalu menghilang kemudian timbul lagi

2.2.3. Pengukuran Skala Nyeri

a. Numerik Rating Scale (NRS)

Numerik Rating Scale (NRS) adalah alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan level/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan. Derajat nyeri diukur dengan skala 0-10 (Loretz, 2005). Tingkat nyeri diukur atas dasar: tidak nyeri (none: 0), sedikit nyeri (mild: 1-3), nyeri sedang (moderate: 4-6) dan nyeri hebat (severe:7-10) (Yulianingsih et al., 2024)

Gambar 2.3 Numeric Rating Scale



Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan skala nyeri NRS sebagai instrumen untuk menilai tingkat nyeri yang dirasakan oleh responden. Skala ini dipilih karena penggunaannya yang praktis, sederhana, serta mampu memberikan gambaran subjektif mengenai intensitas nyeri secara cepat.

b. Skala Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

Wong-Baker Faces Pain Rating Scale adalah cara mengkaji tingkat nyeri dengan melihat ekspresi wajah saat nyeri dirasakan. Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya (Loretz, 2005; (Muttaqin, 2008)

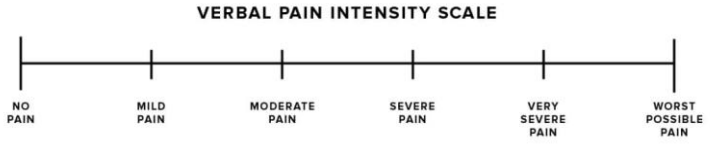
Gambar 2.4 Skala Wong-Baker Faces Rating Scale



c. Verbal Rating Scale (VRS)

Verbal Rating Scale (VRS) merupakan cara pemeriksaan intensitas nyeri dengan menggunakan angka pada setiap kata yang sesuai. Umumnya penilaian diberikan dengan angka pada setiap kata sifat sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. VRS juga merupakan alat ukur yang menggunakan kata sifat untuk menggambarkan tingkat rasa nyeri pada setiap intensitas yang berbeda. Cara penilaian yaitu dari range dari “none/no pain” hingga ”extrem pain nyeri hebat/very severe” (Loretz, 2005).

Gambar 2.5 Verbal Rating Scale



2.2.4. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dilakukan dengan 2 metode yaitu farmakologi dan non farmakologi

1. Penatalaksanaan Farmakologi

   Penanganan nyeri secara farmakologi dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesik yang digunakan meliputi golongan opioid dan non-opioid. Analgesik opioid terdiri dari opioid kuat seperti morfin, petidin, fentanyl, hidromorfon, dan oksikodon, serta opioid lemah seperti kodein dan tramadol. Selain itu, terapat juga analgesik non-opioid seperti parasetamol dan obat antiinflamasi nonstreroid (AINS), serta inhibitor COX-2 spesifik.

2. Penatalaksanaan Non-Farmakologi

   Untuk mengurangi nyeri tanpa pengunaan obat-obatan. Pendekatan ini dapat dilakukan melalui berbagai metode, seperti terapi fisik, teknik relaksasi, hipnoterapi, stimulasi saraf, terapi okupasi, serta konseling psikologis. Salah satu terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi benson.

2.3. Konsep Teknik Relaksasi Benson

2.3.1. Definisi Teknik Relaksasi Benson

Dalam kamus psikologi, relaksasi adalah reaksi jasmaniah dalam keadaan tenang dan emosional mediatif. Teknik relaksasi merupakan salah satu teknik pengelolaan diri yang didasarkan pada cara kerja system saraf simpatis dan para simpatis. Ketika otot-otot sudah dirilekskan maka akan menormalkan kembali fungsi-fungsi organ tubuh (Gustiana & Islami, 2021)

Teknik Relaksasi Benson adalah salah satu jenis yang diciptakan oleh Herbert Benson, yaitu seorang ahli peneliti dari fakultas kedokteran Harvard yaitu mengkaji efektifitas doa dan meditasi. Keberhasilan dalam melakukan teknik relaksasi benson terdapat 4 elemen yang mendasarinya yaitu ada lingkungan yang tidak ramai (tenang), pasien dapat merelaksasi otot-otot tubuh selama 10-15 menit dan berfikir hal postitif agar perpaduan antara relaksasi dan perpaduan antara faktor fisiologis atau keyakinan (Febiantri & Machmudah, 2021)

Konsep teknik relaksasi Benson dapat dijelaskan berdasarkan Gate Control Theory yang dikembangkan oleh Melzack dan Wall. Teori ini menyatakan bahwa persepsi nyeri dipengaruhi oleh mekanisme pengaturan impuls nyeri melalui suatu "gerbang" pada medula spinalis. Saat gerbang tersebut terbuka, rangsangan nyeri dari perifer akan lebih mudah diteruskan ke otak sehingga nyeri dirasakan lebih kuat. Sebaliknya, ketika gerbang tertutup, transmisi impuls nyeri akan terhambat sehingga intensitas nyeri yang dirasakan menurun. Dalam teknik relaksasi Benson, individu diarahkan untuk mencapai kondisi relaksasi melalui pengaturan pernapasan, pemusatan perhatian, serta pengulangan kata atau kalimat yang memiliki makna positif sesuai keyakinan masing-masing. Kondisi relaksasi ini dapat menurunkan ketegangan fisik dan emosional, mengurangi aktivitas sistem saraf simpatis, serta merangsang pelepasan endorfin yang berperan sebagai analgesik alami tubuh. Mekanisme tersebut membantu menutup gerbang nyeri pada medula spinalis sehingga jumlah impuls nyeri yang diteruskan ke otak berkurang dan persepsi nyeri menjadi lebih ringan. Kalimat positif yang dapat digunakan dalam teknik relaksasi Benson, khususnya pada individu beragama Islam, antara lain "Astagfirullah", "Laa ilaha illallah", atau "Ya Allah, berikan saya ketenangan dan kesembuhan". (Potter et al., 2021)

2.3.2. Manfaat Teknik Relaksasi Benson

Relaksasi Benson sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologis dapat meningkatkan kenyamanan dan menghasilkan keadaan relaksasi pada pasien. Teknik ini bekerja dengan mengalihkan fokus pasien dari sensasi

nyeri menuju pikiran atau hal-hal yang menyenangkan, sehingga persepsi terhadap nyeri dapat berkurang. Relaksasi Benson merupakan metode pernapasan yang dikombinasikan dengan unsur keyakinan atau spiritual, yang berperan dalam menurunkan konsumsi oksigen tubuh serta ketegangan otot Kondisi tersebut berkontribusi terhadap terciptanya rasa tenang dan nyaman pada pasien (Astutiningrum & Fitriyah, 2019)

2.3.3. Kelebihan Dan Kekurangan Teknik Relaksasi Benson

1. Kelebihan Teknik Relaksasi Benson
    a. Menurunkan persepsi nyeri secara fisiologis

       Teknik ini bekerja dengan mengaktifkan relaxation response yang menekan aktivitas sistem saraf simpatis. Hal ini dapat menurunkan ketegangan otot, frekuensi nadi, dan tekanan darah sehingga persepsi nyeri berkurang.
    b. Meningkatkan kenyamanan dan relaksasi ibu

       Ibu post SC sering mengalami ketegangan akibat nyeri luka operasi. Relaksasi Benson membantu menciptakan rasa tenang, sehingga meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis.
    c. Mengurangi kecemasan dan stress

       Nyeri akut pasca operasi sering disertai kecemasan. Teknik ini membantu menurunkan hormon stres seperti kortisol, sehingga kondisi emosional ibu lebih stabil
    d. Mudah dilakukan dan tidak memerlukan alat

       Teknik ini hanya melibatkan pernapasan dalam dan pengulangan kata/kalimat (fokus), sehingga praktis diterapkan dalam setting klinik maupun mandiri oleh pasien.
    e. Minim efek samping

       Berbeda dengan analgesik farmakologis, teknik ini tidak menimbulkan efek samping seperti mual, sedasi, atau ketergantungan obat.

f. Dapat dikombinasikan dengan terapi lain

Relaksasi Benson bersifat komplementer sehingga dapat digunakan bersamaan dengan terapi farmakologi untuk meningkatkan efektivitas manajemen nyeri.

2. Kekurangan Teknik Relaksasi Benson

a. Efektivitas bergantung pada konsentrasi pasien

Ibu post SC yang mengalami nyeri hebat mungkin sulit berkonsentrasi, sehingga efektivitas teknik ini bisa menurun.

b. Membutuhkan latihan dan pembiasaan

Tidak semua pasien langsung mampu melakukan teknik ini dengan benar. Diperlukan edukasi dan latihan berulang agar hasil optimal.

c. Efeknya tidak instan pada nyeri berat

Pada nyeri akut dengan intensitas tinggi, teknik ini biasanya tidak cukup jika digunakan sebagai terapi tunggal.

d. Dipengaruhi kondisi psikologis dan lingkungan

Lingkungan yang bising atau kondisi emosional yang tidak stabil dapat menghambat keberhasilan relaksasi.

e. Kurang efektif pada pasien dengan gangguan kognitif atau kelelahan berat

Ibu yang sangat lelah pasca operasi atau memiliki gangguan kesadaran mungkin tidak mampu mengikuti instruksi dengan baik.

f. Perlu dukungan tenaga kesehatan

Pada awalnya, pasien membutuhkan bimbingan dari perawat atau tenaga kesehatan agar teknik dilakukan dengan benar.

2.3.4. Indikasi dan Kontraindikasi

Terdapat indikasi dan kontraindikasi pada teknik relaksasi benson, meliputi: (Rustina, 2015)

1. Indikasi Teknik Relaksasi Benson

a. Nyeri ringan hingga sedang

   Dimanfaatkan sebagai intervensi non-farmakologis untuk membantu menurunkan intensitas nyeri, termasuk pada nyeri pascaoperasi.

b. Kecemasan dan stres

   Berperan dalam menekan respons stres melalui stimulasi sistem saraf parasimpatis sehingga memberikan efek menenangkan.

c. Gangguan tidur (insomnia)

   Dapat membantu memperbaiki kualitas tidur dengan menciptakan kondisi tubuh dan pikiran yang lebih rileks.

d. Ketegangan otot

   Efektif dalam mengurangi ketegangan atau kekakuan otot akibat stres maupun kelelahan.

e. Kondisi umum pasien yang stabil

   Diberikan pada pasien dengan tanda-tanda vital dalam batas normal serta keadaan hemodinamik yang stabil.

f. Kelelahan fisik dan mental

   Membantu meningkatkan relaksasi sehingga dapat mengembalikan energi dan kenyamanan pasien.

g. Gangguan psikologis ringan

   Seperti gelisah atau rasa tidak tenang, selama pasien masih mampu memahami dan mengikuti instruksi dengan baik.

2. Kontraindikasi teknik Relaksasi Benson

   a. Ketidakstabilan hemodinamik

      Misalnya tekanan darah tidak stabil, syok, atau kondisi akut yang memerlukan penanganan segera.

   b. Nyeri berat yang belum terkontrol

      Memerlukan intervensi farmakologis terlebih dahulu sebelum diberikan terapi relaksasi.

c. Penurunan atau gangguan kesadaran

   Seperti pada pasien somnolen, delirium, atau koma yang tidak mampu mengikuti instruksi.

d. Gangguan pernapasan berat

   Contohnya sesak napas berat atau gagal napas yang membutuhkan bantuan oksigen atau ventilasi.

e. Gangguan kognitif atau psikologis berat

   Seperti demensia berat atau gangguan psikotik yang menghambat konsentrasi dan pemahaman.

f. Komplikasi pascaoperasi yang serius

   Seperti perdarahan aktif, infeksi berat, atau kondisi lain yang membutuhkan penanganan prioritas.

g. Pasien tidak kooperatif

   Ketidakmampuan mengikuti instruksi dapat mengurangi efektivitas intervensi.

2.3.5. Prosedur Penerapan Teknik Relaksasi Benson

Tabel 2.1 Standar Prosedur Operasional (SPO) Teknik Relaksasi Benson

Pengertian	DefinisiTerapi benson merupakan suatu terapi relaksasi nonfarmakologi yang dapat dilakukan untuk memberikan efek relaksasi dan mengurangi nyeri. Relaksasi benson dilakukan dengan cara menggabungkan antara terapi relaksasi nafas dalam dengan spiritual atau keyakinan filosofis atau agama yang dianut oleh seseorang dimana diungkapkan kata-kata tertentu seperti nama tuhan atau kata-kata yang dapat menenangkan pada klien dengan diucapkan berulang-ulang menggunakan ritme yang teratur dan sikap berserah diri pada tuhan (Khotimah & Prajayanti, 2024)
Tujuan	1. Menurunkan intensitas nyeri 2. Mengurangi kecemasan dan ketegangan 3. Meningkatkan rasa nyaman pasien

	4. Membantu mempercepat proses pemulihan
Waktu	10-15 menit
Indikasi	1. Pasien dengan nyeri (misalnya post operasi/SC) 2. Pasien dengan kecemasan atau stres 3. Pasien dengan gangguan tidur ringan 4. Ketegangan otot 5. Pasien dengan kondisi stabil
Kontraindikasi	1. Kondisi hemodinamik tidak stabil 2. Nyeri berat yang tidak terkontrol 3. Gangguan kesadaran 4. Gangguan pernapasan berat 5. Gangguan kognitif atau psikologis berat 6. Komplikasi pasca operasi
Persiapan Klien dan Lingkungan	1. Identifikasi tingkat skala nyeri klien (NRS), TTV 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Tahap Orientasi	1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Tahap Kerja	1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk 2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata. 3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks. 4. Mulailah dengan melakukan pernapasan secara perlahan dan teratur. Saat menarik napas, ucapkan dalam hati kata atau kalimat yang telah dipilih sesuai keyakinan, seperti “Astagfirullah”, “Laa ilaha illallah”, atau “Ya Allah, berikan saya ketenangan dan kesembuhan”, kemudian

	ulangi kembali saat menghembuskan napas. Selama proses tersebut, usahakan seluruh otot tubuh berada dalam kondisi rileks dan tanamkan sikap pasrah serta menyerahkan diri kepada Tuhan agar tercipta ketenangan fisik dan batin. 5. Ulang terus point 4 selama 10-15 menit
Tahap Terminasi	1. Mengkaji kondisi akhir klien setelah dilakukan Teknik Relaksasi Bsnson meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) dan penilaian skala nyeri. Evaluasi dilakukan untuk melihat adanya perubahan, khusunya penurunan nyeri setelah terapi. 2. Mengakhiri tindakan dengan memberikan salam terapeutik kepada klien.
Dokumentasi	1. Mencatat identitas klien, tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan, serta respons klien setelah diberikan terapi 2. Mencantumkan paraf dan nama jelas perawat pada catatan keperawatan.

Sumber: Latifah 2023

2.3.6. Mekanisme Kerja Teknik Relaksasi Benson

Mekanisme kerja teknik relaksasi Benson dalam menurunkan nyeri dapat dijelaskan melalui integrasi respons relaksasi tubuh dengan teori-teori nyeri, terutama Gate Control Theory dan konsep respon stres neuroendokrin. Teknik ini dilakukan dengan memusatkan perhatian pada kata atau kalimat tertentu (biasanya bernuansa spiritual) yang diulang secara ritmis bersamaan dengan pernapasan dalam dan sikap pasrah, sehingga Dmemicu relaxation response yang berlawanan dengan respons stres. Kamallia & Haniyah (2024)

Secara fisiologis, ketika individu melakukan teknik relaksasi Benson, terjadi penurunan aktivitas sistem saraf simpatis dan peningkatan aktivitas parasimpatis. Hal ini menyebabkan penurunan frekuensi jantung, tekanan darah, konsumsi oksigen, serta ketegangan otot. Kondisi ini juga menekan pelepasan hormon stres seperti kortisol dan katekolamin, yang sebelumnya berperan dalam memperkuat persepsi nyeri. Dengan menurunnya mediator

stres tersebut, sensitivitas terhadap nyeri ikut berkurang. Yuliani & Widyastuti (2021)

Jika dikaitkan dengan Gate Control Theory, teknik relaksasi Benson bekerja dengan "menutup gerbang nyeri" di medula spinalis. Fokus pikiran, pernapasan teratur, dan kondisi relaksasi akan meningkatkan aktivitas serabut saraf besar (A-beta) serta mekanisme inhibisi desenden dari otak, sehingga transmisi impuls nyeri dari serabut kecil (A-delta dan C) ke otak dapat dihambat. Akibatnya, persepsi nyeri yang dirasakan pasien menjadi lebih ringan. Rasubala et al. (2017)

Selain itu, teknik ini juga merangsang pelepasan endorfin sebagai analgesik alami tubuh. Endorfin bekerja dengan mengikat reseptor opioid di sistem saraf pusat sehingga menghambat transmisi impuls nyeri dan meningkatkan perasaan nyaman. Dalam konteks keperawatan, kondisi relaksasi ini juga membantu mengalihkan perhatian pasien dari nyeri (distraction effect), sehingga komponen emosional nyeri dapat ditekan. Lutfillah & Yovita (2023)

2.3.7. Waktu Pelaksanaan

Teknik relaksasi Benson dilaksanakan selama 10–20 menit per sesi dengan frekuensi dua kali sehari atau sesuai kebutuhan, terutama saat nyeri muncul. Pada pasien post sectio caesarea, teknik ini dapat diberikan setelah kondisi stabil, sebelum mobilisasi, dan pada saat pasien berada dalam posisi nyaman serta lingkungan yang kondusif guna mencapai respons relaksasi yang optimal. (Benson et al., 1974).

2.3.8. Langkah-Langkah Teknik Relaksasi Benson

1. Persiapan lingkungan
    a. Pilih tempat yang tenang, nyaman, dan minim gangguan.
    b. Atur pencahayaan redup jika memungkinkan.
2. Posisi tubuh nyaman
    a. Pasien dapat dalam posisi berbaring atau duduk.
    b. Pastikan otot-otot tubuh rileks (tidak tegang).

3. Pejamkan mata
    a. Membantu meningkatkan fokus dan mengurangi distraksi dari luar.
4. Relaksasi otot secara bertahap
    a. Mulai dari kaki hingga wajah.
    b. Rasakan setiap bagian tubuh menjadi lebih rileks.
5. Atur pernapasan
    a. Tarik napas dalam melalui hidung.
    b. Hembuskan perlahan melalui mulut.
    c. Lakukan dengan ritme teratur.
6. Fokus pada kata/kalimat tertentu (mantra)
    a. Pilih kata sederhana, misalnya: “Astagfirullah”, “Laa ilaha illallah”, “Ya Allah, berikan saya ketenangan dan kesembuhan” atau doa sesuai keyakinan.
    b. Ucapkan dalam hati setiap kali menghembuskan napas.
7. Pertahankan sikap pasrah
    a. Jika pikiran terganggu, biarkan saja dan kembali focus
    b. Tidak perlu memaksakan konsentrasi.
8. Lakukan selama 10–20 menit
    a. Ideal dilakukan 1–2 kali sehari (misalnya pagi dan sebelum tidur).
9. Akhiri secara perlahan
    a. Biarkan mata tetap tertutup beberapa saat setelah selesai.
    b. Buka mata perlahan, jangan langsung bangun.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, verifikasi data, pengorganisasian data, interpretasi data dan dokumentasi data secara sistematis. Pengkajian biasanya ditentukan oleh lingkungan perawatan kesehatan dan kebutuhan klien. Tiga

jenis pengkajian adalah komprehensif, terfokus, dan berkelanjutan (Paryono, 2024) Pengkajian dilakukan dengan cara mengkaji keluhan utama individu melalui metode wawancara, meliputi:

1. Identitas Klien

   Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rs, no rm, diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

   Keluhan utama pada post operasi *Sectio Caesarea* biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi. Pengkajian keluhan utama dilakukan menggunakan pendekatan PQRST secara lengkap sebagai berikut:

   a. P (*Provoking*): Apakah ada faktor pencetus nyeri atau memperberat nyeri.

   b. Q (*Quality*): Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, contohnya tertusuk-tusuk, perih, terbakar, atau berdenyut

   c. R (*Region*): Dimana lokasi nyeri terjadi, apakah rasa nyeri menjalar atau menyebar ke area lain.

   d. S (*Severity*): Seberapa rasa sakit yang dirasakan, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien dapat menerangkan seberapa sakit hingga dapat mempengaruhi kemampuan fungsinya.

   e. T (*Time*): Kapan nyeri mulai dirasakan, berlangsung berapa lama, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari ataupun pada saat beraktivitas.

3. Riwayat Kesehatan

   a. Riwayat Kesehatan Sekarang

      Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi Sectio Caesarea seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor Plasenta (Plasenta Previa, Solution Plasenta, Plasenta Accrete, Vasa Previa), kelainan tali pusat

(Prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (Multiple Pregnancy), Pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat Sectio Caesarea sebelumnya, Penyakit yang lain dapat juga mempengaruhi penyakit sekarang. seperti adanya penyakit Diabetes Melitus, Jantung, Hipertensi, Hepatitis, Abortus Dan Penyakit Kelamin.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin.

4. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a. Riwayat Obstetri (Kehamilan & Persalinan)

Meliputi pengalaman reproduksi sebelumnya Gravida (G) jumlah kehamilan, Para (P) jumlah persalinan, Abortus (A) jumlah keguguran, Living (L) jumlah anak hidup.

b. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir), TP/HPL (Taksiran Persalinan), Keluhan utama saat hamil, riwayat pemeriksaan, riwayat imunisasi, konsumsi obat, kebutuhan sehari hari, penambahaan bb selama hamil.

c. Riwayat Persalinan Sekarang

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

d. Riwayat KB

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

e. Riwayat Perkawinan

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

5. Fase Adaptif

a. Adaptasi Fisiologis

Perawat mengkaji bagaimana tubuh ibu beradaptasi setelah pembedahan, meliputi:

1. Nyeri luka operasi (lokasi, intensitas, durasi)
2. Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi)
3. Kontraksi uterus dan involusi (tinggi fundus uteri)
4. Pengeluaran lokia (warna, jumlah, bau)
5. Mobilisasi (kemampuan bergerak bertahap)
6. Fungsi eliminasi (BAK dan BAB)
7. Penyembuhan luka (tanda infeksi seperti kemerahan, edema, eksudat)

b. Adaptasi Psikologis

Ibu post SC sering mengalami perubahan emosional. Pengkajian meliputi:

1. Perasaan terhadap proses persalinan (misalnya kecewa karena tidak melahirkan normal)
2. Tingkat kecemasan atau stress
3. Risiko baby blues atau depresi postpartum
4. Mekanisme koping ibu

c. Adaptasi Peran (Maternal Role Adaptation)

Mengacu pada kemampuan ibu dalam menjalankan peran barunya:

1. Interaksi ibu dengan bayi (bonding attachment)
2. Kemampuan merawat bayi (menyusui, mengganti popok, dll)

3. Kepercayaan diri sebagai ibu

   Biasanya mengacu pada teori Rubin (taking in, taking hold, letting go):

   a. Taking in: ibu masih fokus pada dirinya (hari 1–2)
   b. Taking hold: mulai belajar merawat bayi (hari 2–10)
   c. Letting go: menerima peran sebagai ibu sepenuhnya

d. Adaptasi Sosial

   a. Melibatkan dukungan dari lingkungan:
   b. Dukungan suami dan keluarga
   c. Kondisi ekonomi dan budaya
   d. Edukasi yang diterima ibu

6. Pola Fungsi Kesehatan

   a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan: Menilai pandangan pasien terhadap kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan kepatuhan pengobatan.
   b. Pola Nutrisi dan Metabolik: Evaluasi kebiasaan makan/minum, nafsu makan, diet, dan kondisi kulit/berat badan
   c. Pola Eliminasi: Menilai fungsi buang air besar (defekasi) dan buang air kecil (miksi).
   d. Pola Aktivitas dan Latihan: Evaluasi kemampuan mobilitas, aktivitas sehari-hari (ADL), dan olahraga.
   e. Pola Istirahat dan Tidur: Menilai kualitas dan kuantitas tidur serta energi pasien.
   f. Pola Kognitif dan Perseptual: Menilai fungsi sensori (penglihatan, pendengaran), memori, dan pengambilan keputusan.
   g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri: Evaluasi sikap terhadap diri sendiri, citra tubuh, dan harga diri.
   h. Pola Peran dan Hubungan: Menilai hubungan pasien dengan keluarga/sosial dan perannya dalam masyarakat.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas: Evaluasi kepuasan atau masalah dalam seksualitas dan reproduksi.
j. Pola Toleransi terhadap Stres dan Koping: Menilai kemampuan menghadapi stres dan mekanisme koping.
k. Pola Sistem Kepercayaan dan Nilai: Evaluasi keyakinan, nilai-nilai, atau agama yang dianut.

7. Pemeriksaan Fisik
   a. Keadaan umum: meliputi penilaian tingkat kesadaran serta kondisi fisik secara keseluruhan.
   b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: mencakup tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, suhu tubuh, dan saturasi oksigen. Pada pasien pasca sectio caesarea, dapat terjadi penurunan tekanan darah akibat efek tindakan operasi yang perlu diwaspadai, atau sebaliknya peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh proses persalinan maupun stres. Selain itu, peningkatan frekuensi nadi dan suhu tubuh di atas normal juga harus diobservasi karena dapat mengindikasikan adanya infeksi.
   c. Pemeriksaan kepala: dilakukan dengan menilai bentuk kepala, kondisi kulit kepala, adanya lesi atau benjolan, serta ekspresi wajah termasuk ada atau tidaknya cloasma.
   d. Mata: Pada pemeriksaan mata, dinilai warna sklera (normal atau ikterik), kondisi konjungtiva (anemis atau tidak), serta kesimetrisan kedua mata.
   e. Hidung: meliputi pengamatan terhadap pernapasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, adanya sekret, sumbatan jalan napas, perdarahan, polip, maupun cairan purulen.
   f. Telinga: diperiksa bentuk dan ukuran, kebersihan liang telinga, adanya kotoran, serta fungsi pendengaran.
   g. Leher: bertujuan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun bendungan vena jugularis.

h. Mulut: dinilai kondisi mukosa bibir apakah kering atau lembap serta warna mukosa apakah pucat atau normal.
i. Thoraks: meliputi inspeksi bentuk dada, penggunaan otot bantu pernapasan, dan pola napas, palpasi untuk menilai vocal fremitus, perkusi pada seluruh lapang paru, serta auskultasi untuk mendengarkan bunyi napas normal maupun tambahan.
j. Payudara: Dinilai kondisi jaringan payudara, produksi ASI, keadaan puting susu, serta adanya nyeri atau ketegangan.
k. Jantung: mencakup inspeksi dan palpasi untuk menilai adanya pulsasi, peningkatan kerja jantung, pembesaran, serta letak ictus cordis; perkusi untuk menentukan batas jantung; dan auskultasi untuk menilai bunyi jantung.
l. Abdomen: meliputi pengamatan adanya linea atau striae, kontraksi uterus, kondisi luka insisi sectio caesarea, bising usus, adanya distensi, bentuk luka, serta tanda-tanda infeksi seperti kemerahan.
m. Genetalia: diperiksa lochia yang meliputi warna, jumlah, bau, dan konsistensi, serta kondisi dan kebersihan perineum.
n. Anus dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya luka akibat ruptur.
o. Ekstremitas atas & bawah: mencakup penilaian adanya edema, kemampuan mobilisasi, suhu akral (hangat atau dingin), serta warna kulit.
p. Muskuloskeletal: biasanya ditemukan keterbatasan pergerakan pada pasien pasca sectio caesarea akibat nyeri pada luka operasi.

2.4.2. Data Penunjang

a. Laboratorium, meliputi pemeriksaan darah lengkap, apabila leukosit meningkat kemungkinan di curigai adanya infeksi.
b. Hemoglobin kurang dari normal, menandakan adanya perdarahan.
c. Terapi meliputi obat-obatan yang di berikan untuk mempercepat proses penyembuhan, pemberian antibiotic untuk membunuh

bakteri yang dapat menyebabkan infeksi dan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri yang di rasakan klien (Wahyuningsih, 2019).

2.4.3. Analisa Data

Tabel 2.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Tanda gejala mayor Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Tampak meringis Tanda gejala minor Subjektif: 1. Bersikap protektif (misalnya posisi menghindari nyeri) Objektif: 1. Tekanan darah meningkat	Partus Lama ↓ Tindakan Sectio Caesarea ↓ Post Sectio Caesarea ↓ Luka post sc ↓ Jaringan tertutup ↓ Merangsang area sensorik mototrik ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
2.	Tanda gejala mayor Subjektif: 1. mengeluh sulit menggerakan ekstermitas Objektif: 1. kekuatan otot menurun 2. rentang gerak ROM menurun Tanda gejala minor Subjektif:	Tindakan Sectio Caesarea ↓ Post Operasi ↓ Luka post sc ↓ Jaringan tertutup ↓ Merangsang area sensorik motorik ↓ Gangguan rasa nyaman	Gangguan Mobilitas Fisik

	1. nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan 2. merasa cemas saat bergerak	↓ Nyeri akut ↓ Cemas Bergerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	
4.	Tanda gejala mayor Subjektif: 1. mengeluh tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, atau ke toilet secara mandiri. Objektif: 1. Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri. Tanda gejala minor Objektif: 1. Minat melakukan perawatan diri kurang. 2. Penampilan tidak rapi. 3. Kebersihan diri kurang (misal: rambut kotor, kuku panjang, bau badan). 4. Adanya nyeri pada abdomen yang menghambat gerakan.	Post partum nifas ↓ Penurunan progesteron dan esterogen ↓ Kontraksi uterus ↓ Involusi ↓ Adekuat ↓ Perubahan lochea ↓ Penurunan HB ↓ Kelemahan ↓ Kebutuhan ADL tidak terpenuhi ↓ Defisit perawatan diri	Defisit perawatan diri
5.	Tanda gejala mayor Subjektif: 1. Mengeluh haus berlebihan 2. Mengeluh lemas Objektif: 1. Turgor kulit menurun	Post partum nifas ↓ Penurunan progesteron dan esterogen ↓ Kontraksi uterus	Resiko ketidakseimbangan cairan

2. Mukosa kering	↓
3. Penurunan jumlah urine	Involusi
Tanda dan gejala minor	↓
Subjektif:	Tidak adekuat
1. Merasa tidak nyaman	↓
Objektif:	Perdarahan
1. Suhu tubu bisa meningkat	↓
(dehidrasi ringan)	Resiko ketidakseimbangan
2. Balance cairan negative	cairan
3. Infus terpasang	

Sumber: SDKI 2018

2.4.4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial, yang menjadi dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan guna mencapai hasil yang diinginkan (Kusumaningtiyas, 2024)

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien osteoarthritis sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah:

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasive)
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri
3. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur infasive (insisi bedah)
4. Defisit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan kelemahan
5. Resiko ketidakseimbangan cairan (D,0036) berhubungan dengan proses pembedahan mayor

2.4.5. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur invasive)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Dengan kriteria hasil: 1.Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3.Sikap protektif menurun 4.Gelisah menurun 5.Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) **Observasi** 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik**

		10) Berikan Teknik nonfarmakologi **Relaksasi Benson** 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 12) Fasilitasi istirahat dan tidur 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17) Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat 18) Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** 19) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan mobilitas	Dukungan mobilisasi (I. 05173) **Observasi**

	fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun	1) Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Monitor keadaan umum saat mobililasi **Terapeutik** 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat 5) Libatkan keluarga dalam aktivitas mobilisasi **Edukasi** 6) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 7) Anjurkan mobilisasi dini 8) Anjurkan mobilisasi sederhana
Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur infasive (insisi bedah)	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tidak ada tanda tanda infeksi dengan kriteria hasil: 1. Tidak ada kemerahan 2. Skala nyeri menurun	Pencegahan infeksi (I. 14539) **Observasi** 1) Identifikasi tanda dan gejaala infeksi lokal dan sistemik **Terapeutik** 2) Terapkan kewaspadaan universal 3) Batasi jumlah pengunjung 4) Berikan tanda khusus untuk pasien dengan penyakit menular

		Edukasi 5) Ajarkan cara cuci tangan benar 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi **Kolaborasi** 8) Kolaborasi pemberian antibiotik
Defisit perawatan diri (D.0109) berhubungan dengan kelemahan	Perawatan diri (L.11103) Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri (I.11348) **Observasi :** 1.Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian **Terapeutik :** 3. Sediakan lingkungan yang tenang (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 4. Siapkan kebutuhan pribadi (mis.parfum,sikat gigi,dan sabun) 5. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

		5. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
Resiko ketidakseimbangan cairan (D,0036) berhubungan dengan proses pembedahan mayor	Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah diberikan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Kelembaban membran mukosa meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Membran mukosa membaik 5. Turgor kulit membaik	Manajemen cairan (I.03098) **Observasi :** 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, Kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hemtokrit, Na, K, CI, berat jenis urin, BUN) **Terapeutik :** 5. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 6. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan **Kolaborasi :** 7. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Sumber: SDKI, SLKI 2018

2.4.6. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Naryati, 2024)

Dalam pemberian ini, pemberian asuhan keperawatan maternitas difokuskan pada penanganan nyeri yang di alami klien. Salah satu intervensi yang di rencanakan adalah dengan cara teknik relaksasi benson. Caranya anjurkan klien untuk memilih posisi yang paling nyaman, baik berbaring maupun duduk, kemudian minta klien memejamkan mata secara perlahan tanpa paksaan agar tidak menimbulkan ketegangan pada otot sekitar mata. Selanjutnya, arahkan klien untuk merilekskan otot-otot tubuh secara bertahap mulai dari kaki, betis, paha, perut, hingga seluruh tubuh, dengan tangan dan lengan diulurkan lalu dilemaskan dalam posisi alami. Setelah itu, instruksikan klien untuk melakukan pernapasan secara perlahan dan teratur sambil mengucapkan kata-kata yang telah dipilih dalam hati saat menarik dan menghembuskan napas, disertai dengan upaya melemaskan seluruh tubuh dan sikap pasrah. Proses ini dilakukan sebanyak 2-3 kali dengan waktu 10-15 menit.

2.4.7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Dalam melakukan evaluasi, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta

kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Nur, 2024) jenis-jenis evaluasi yang dapat dijadikan pedoman dalam menilai sejauh mana keberhasilan diagnosa keperawatan yang telah dilakukan

1. Evaluasi formatif (evaluasi proses)

   Evaluasi formatif berfokus pada proses dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas tindakan tersebut. Proses evaluasi formatif harus dilakukan secepat mungkin setelah perencanaan dan berlanjut hingga tujuan keperawatan tercapai. Dalam evaluasi ini, perawat juga dapat menganalisis respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan

2. Evaluasi sumatif (evaluasi hasil)

   Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua aktivitas keperawatan selesai. Tujuannya adalah untuk menilai dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan dalam evaluasi ini termasuk wawancara di akhir layanan, menanyakan tanggapan pasien dan keluarga tentang layanan keperawatan, serta mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Evaluasi sumatif berguna untuk menentukan apakah perawatan telah berhasil mencapai hasil yang diharapkan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi terkait pencapaian tujuan keperawatan:

   a. Tujuan tercapai dapat dilihat apabila pasien mengalami peningkatan status kesehatan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan.
   b. Tujuan tidak tercapai apabila pasien tidak mengalami peningkatan status kesehatan atau tidak memperlihatkan kemajuan sama sekali dan muncul masalah baru selama proses perawatan. Perawat perlu mengambil langkah konkrit untuk

mengkaji lebih mendalam dan evaluasi kembali apakah implementasi, diagnosa, serta kriteria hasil sudah sesuai dengan penyakit yang dialami oleh pasien sehingga dapat meningkatkan status kesehatan pasien.

Evaluasi terhadap masalah nyeri akut pada pasien pasca sectio caesarea dilakukan untuk menilai kesesuaian antara respons pasien dengan intervensi keperawatan yang telah diberikan. Keberhasilan asuhan keperawatan diharapkan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yang ditandai dengan adanya penurunan keluhan nyeri, berkurangnya ekspresi meringis dan tingkat kegelisahan, perbaikan frekuensi nadi serta tekanan darah, dan peningkatan kualitas pola tidur pasien.