

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

##### **1. *Post Partum***

###### **a. Pengertian**

*Post partum* adalah masa sesudah persalinan dapat juga disebut masa nifas (*puerperium*) yaitu masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. *Post partum* adalah masa 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi sampai kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Ene *et al.*, 2022).

Anggraeni (2024) mengatakan partus spontan atau normal jika wanita berada dalam masa aterm, tidak terjadi komplikasi, terdapat satu janin presentasi puncak kepala dan persalinan selesai dalam 24 jam.

###### **b. Klasifikasi *Post Partum***

Mochtar., (2002, dalam Antika *et al.*, 2024) mengemukakan masa nifas dibagi menjadi 3 periode :

- 1) *Post partum* dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri, berjalan-jalan.
- 2) *Post partum* intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) *Post partum* terlambat yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu

persalinan mempunyai komplikasi untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

### c. Adaptasi Fisiologi dan Psikologi *Post Partum*

Menurut (Apriyanti & Aini, 2023) adaptasi fisiologi dan psikologi *post partum* terbagi menjadi 2 yaitu :

#### 1) Adaptasi Fisiologi

##### a) Involusio Uterus

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan, proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 sampai 2 cm setiap 24 jam. Pada hari pasca partum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis. Satu minggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, kerusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan.

## b) Kontraksi Intensitas

kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. homeostasis pasca partum dicapai terutama akibat kompresi pembuluh darah intramiometrium, bukan oleh agregasi trombosit dan pembentukan bekuan. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengopresi pembuluh darah dan membantu hemostasis. Selama 1-2 jam pertama pasca partum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi tidak teratur. Untuk mempertahankan kontraksi uterus, suntikan oksitosin secara intravena atau intramuskuler diberikan segera setelah plasenta lahir. Ibu yang merencanakan menyusui bayinya, dianjurkan membiarkan bayinya di payudara segera setelah lahir karena isapan bayi pada payudara merangsang pelepasan oksitosin.

## 2) Adaptasi Psikologi

Terbagi menjadi 3 (Anggraeni, 2024) :

### a) *Fase taking in*/ ketergantungan

Fase ini dimulai hari pertama dan hari kedua setelah melahirkan dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

### b) *Fase taking hold*/ ketergantungan tidak ketergantungan

Fase ini dimulai pada hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Sampai hari

ketiga ibu siap untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal baru. Selama fase ini sistem pendukung menjadi sangat bernilai bagi ibu muda yang membutuhkan sumber informasi dan penyembuhan fisik sehingga ia dapat istirahat dengan baik

c) *Fase letting go/* saling ketergantungan

Dimulai sekitar minggu kelima sampai keenam setelah kelahiran. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutinnnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali.

**d. Komplikasi**

1) Perdarahan

Perdarahan adalah penyebab kematian terbanyak pada wanita selama periode *post partum*. Perdarahan *post partum* adalah kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran kriteria perdarahan didasarkan pada satu atau lebih tanda-tanda sebagai berikut (Kurniawaty *et al.*, 2024) :

- a) Kehilangan darah lebih dai 500 cc
- b) Sistolik atau diastolik tekanan darah menurun sekitar 30 mmHg
- c) Hb turun sampai 3 gram %

## 2) Infeksi puerperalis

Didefinisikan sebagai; infeksi saluran reproduksi selama masa *post partum*. Insiden infeksi puerperalis ini 1 % - 8 %, ditandai adanya kenaikan suhu  $> 38^{\circ}\text{C}$  dalam 2 hari selama 10 hari pertama *post partum*. Penyebab klasik adalah streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya (Kurniawaty *et al.*, 2024).

## 3) Endometritis

infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis (Kurniawaty *et al.*, 2024).

## 4) Mastitis

Yaitu infeksi pada payudara. Bakteri masuk melalui fisura atau pecahnya puting susu akibat kesalahan tehnik menyusui, diawali dengan pembengkakan, mastitis umumnya diawali pada bulan pertama *post partum* (Kurniawaty *et al.*, 2024).

### e. Penatalaksanaan Keperawatan *Post Partum*

Menurut Aspiyani (2017), setelah melahirkan ibu membutuhkan perawatan yang intensif untuk pemulihan kondisinya setelah proses persalinan yang melelahkan, perawatan *post Partum* antara lain:

#### 1. Mobilisasi dini

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan

kemandirian, khususnya dilakukan oleh ibu *post* Partum. Mobilisasi dini adalah kebijakan agar secepat mungkin membimbing ibu *post* Partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Jika tidak ada kelainan paska persalinan, mobilisasi dini dapat dilakukan sedini mungkin yaitu 2 jam paska persalinan. Mobilisasi dini dapat membantu pemulihan dan mempercepat waktu berada di rumah sakit.

#### 2. Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, segera memberikan ASI, sehingga kelancaran pengeluaran ASI lebih terjamin.

#### 3. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum antara lain kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.

#### 4. Pemeriksaan khusus

Pemeriksaan khusus pada ibu *post* Partum spontan antara lain:

- a. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- b. Fundus uteri: Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- c. Payudara: puting susu, pembesaran dan pengeluaran ASI.
- d. Lochea: Lochea rubra, lochea sangiolenta, lochea serosa, lochea alba.

e. Luka jahitan episiotomi: apakah baik atau terbuka, apakah ada tandatanda infeksi.

#### 5. Pemberian cairan intravena

Untuk mencegah dehidrasi dan meningkatkan kemampuan perdarahan darah dan menjaga agar jangan jatuh dalam keadaan syok, maka cairan pengganti merupakan tindakan yang vital, seperti Dextrose atau Ringer

#### 6. Pemberian oksitosin

Segera setelah plasenta dilahirkan oksitosin (10 unit) ditambahkan dengan cairan infuse atau diberikan secara intramuskuler untuk membantu kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan *post partum*

#### 7. Obat nyeri

Obat-obatan yang mengontrol rasa sakit termasuk sedative, alaraktik, narkotik dan antagonis narkotik. Anastesi hilangnya sensori, obat ini diberikan secara regional/ umum

## 2. *Sectio Caesarea* (SC)

### a. Pengertian

Masa *post Partum* atau masa nifas atau biasanya disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksi ibu seperti sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017). *Post Partum* merupakan masa transisi baik fisik maupun psikologis

bagi ibu dan keluarga. Semua anggota keluarga harus beradaptasi dengan struktur keluarga baru, menyatukan bayi baru lahir ke dalam sistem keluarga yang sudah ada dan mengembangkan pola interaksi yang berbeda dalam unit keluarga (Reeder, 2019).

Maryunani., (2014, dalam Kurniawaty *et al.*, 2024) *Seccio caesarea* berasal dari perkataan Latin "*Caedere*" yang artinya memotong. SC adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina. SC atau kelahiran sesar adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Definisi ini tidak termasuk melahirkan janin dari rongga perut pada kasus ruptur uteri atau kehamilan abdominal. SC merupakan metode persalinan melalui suatu insisi dinding rahim ibu guna mengeluarkan janin dengan syarat dinding Rahim dalam keadaan utuh dan berat janin lebih dari 500 gram (Lubis, 2021). Setelah melahirkan, sampai dengan kurang lebih 6 minggu ibu/perempuan akan mengalami sebuah masa yang disebut dengan masa nifas, masa ini dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil (Wahyuningsih, 2019).

#### **b. Indikasi *Seccio caesarea***

Menurut (Sagita, 2019), indikasi ibu dilakukan SC yaitu:

1) Indikasi Mutlak Indikasi ibu:

a) Panggul sempit absolut atau *Chepalo Pelvic Disproportion* (CPD).



- b) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi.
- c) Stenosis serviks/vagina.
- d) Plasenta previa.
- e) Disproporsi sefalopelvik.
- f) Ruptur uteri membakat.

2) Indikasi janin:

- a) Kelainan letak (sungsang, presbo).
- b) Gawat janin
- c) Prolapsus plasenta
- d) Perkembangan bayi yang terlambat
- e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia.

3) Indikasi relatif

- a) Riwayat seksio caesarea sebelumnya
- b) Presentasi bokong
- c) Distosia
- d) Fetal distress
- e) Preeklamsi berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes
- f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu
- g) Gemeli

4) Indikasi Sosial

- a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.

- b) Wanita yang ingin seksio caesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul.
- c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

#### **c. Manifestasi**

Menurut (Maritalia, 2017), manifestasi klinis pada klien dengan *post* SC antara lain:

- 1) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- 2) Terpasang kateter, urin jernih dan pucat.
- 3) Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- 4) Bising usus tidak ada.
- 5) Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- 6) Balutan abdomen tampak sedikit noda
- 7) Aliran lochea sedangkan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

#### **d. Patofisiologi**

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang mengakibatkan bayi tidak dapat lahir secara normal atau spontan, antara lain plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, ruptur uteri mengancam partus lama, partus tidak maju, preeklamsia dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu SC. Dalam proses operasi dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami kelemahan dan sulit menggerakkan

ekstremitas sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Akibat dari gangguan mobilitas fisik akan terjadi kelemahan pada abdomen sehingga menyebabkan mobilitas cerna mengalami penurunan yang menyebabkan masalah konstipasi. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akibat pengaruh anestesi menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri sehingga menimbulkan masalah defisit perawatan diri (Sagita, 2019).

Pada proses pembedahan, dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan syaraf-syaraf di sekitar daerah insisi. Hal ini merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menyebabkan nyeri. Adanya luka sayatan *post* SC juga dapat menimbulkan masalah keperawatan resiko infeksi. Semakin tinggi tingkat nyeri maka semakin tinggi pula tingkat kecemasan pada ibu, sehingga dapat mengganggu pengeluaran oksitosin dalam merangsang reflek aliran ASI yang menyebabkan adanya masalah hambatan produksi ASI (Lubis, 2021).

#### **e. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan diagnosis yang diperlukan sebelum proses persalinan antara lain:

##### **1) Darah: Hb, Gula Darah**

- a) Pemeriksaan Hb dilakukan 2 kali selama kehamilan pada trimester pertama dan pada kehamilan 30 minggu, karena

pada usia 30 minggu terjadi puncak hemodilusi (pengenceran darah). Ibu dikatakan anemia apabila Hb < 11 gr% dan anemia berat apabila < 8 gr%

b) Pemeriksaan golongan darah, protein, dan kadar glukosa pada urin.

## 2) USG (Ultrasonografi)

Untuk melihat apakah terdapat sisa plasenta ataupun gumpalan darah

## B. KONSEP TEORI MASALAH KEPERAWATAN

### 1. Masalah Keperawatan Nyeri Akut

#### a. Pengertian

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

#### b. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), ada beberapa penyebab dari nyeri akut diantaranya yaitu :

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), tanda gejala mayor pada nyeri akut diantaranya:

Gejala dan tanda Mayor:

- 1) Subjektif : mengeluh nyeri
- 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

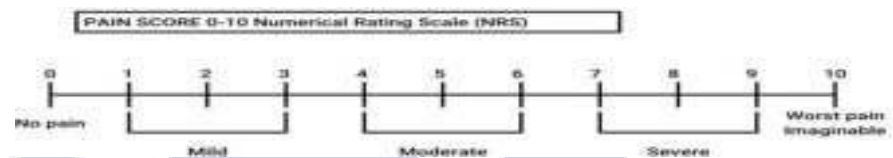
Gejala dan tanda Minor:

- 1) Subjektif : -
- 2) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berokus pada diri sendiri, diaphoresis.

d. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Rosida, 2020), pengukuran skala nyeri bisa digunakan dengan *Numeric Rating Scale* (NRS). *Numerical Rating Scale* digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala yang paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi teraupetik. Sebelum melakukan tindakan terhadap pasien, terlebih dahulu ukur skala nyeri. Salah satu pengkajian nyeri oleh perawat dapat menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS). NRS adalah Peringkat skala Likert berdasarkan tanggapan pasien. NRS adalah garis horizontal di mana skala dapat dihitung dari 0-10. Metode penilaian NRS memiliki kemampuan deteksi yang handal perubahan. Perubahan yang terjadi dapat dilakukan dengan

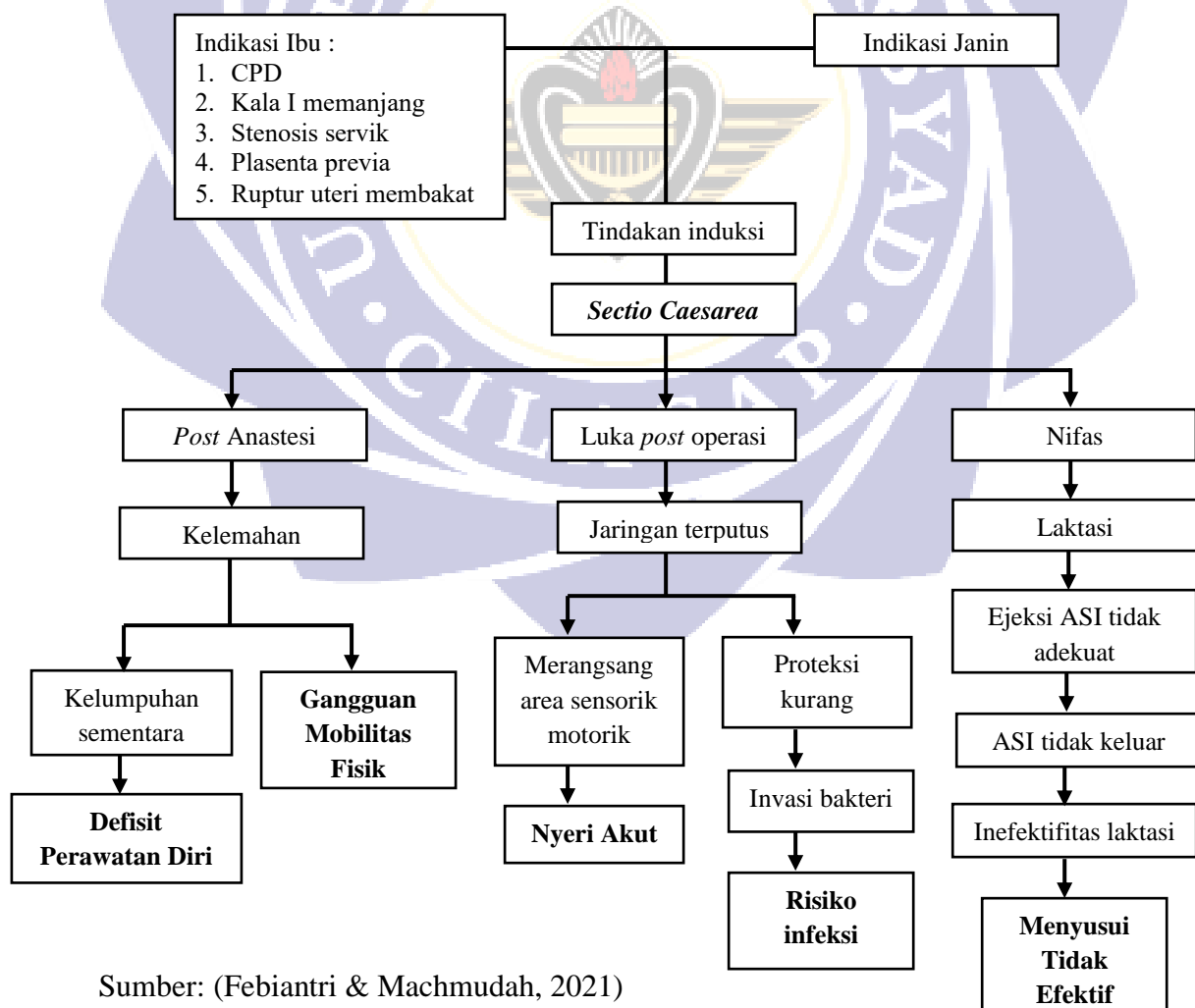
menganalisis kondisi pasien. Saat menilai rasa sakit, perawat akan meminta pasien untuk memilih nomor 1-10, dengan penjelasan, the angka 0 artinya tidak nyeri, angka 1-3 nyeri ringan, nyeri 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 sakit parah.



**Gambar 2. 1 Skala NRS**

## 2. Pathways

**Bagan 2. 1 Pathways Sectio Caesarea**



Sumber: (Febiantri & Machmudah, 2021)

## C. ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada ibu *post* SC menurut (Febiantri & Machmudah, 2021) adalah sebagai berikut:

#### a. Identitas Klien

Meliputi: nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, status pernikahan, tanggal masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis.

#### b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada *post* operasi SC biasanya adalah nyeri dibagian abdomen akibat luka jahitan setelah operasi, pusing dan sakit pinggang.

#### c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi SC seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, plasenta accrete, vasaprevia), 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. Riwayat pada saat sebelum inpartus di dapatkan cairan yang keluarpervaginam secara spontan kemudian tidak di ikuti tanda-tanda persalinan.

## 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Didapatkan data klien pernah riwayat SC sebelumnya, panggul sempit, serta letak bayi sungsang. Meliputi penyakit yang laindapat juga mempengaruhi penyakit sekarang, seperti danya penyakit Diabetes Melitus, jantung, hipertensi, hepatitis, abortus dan penyakit kelamin.

## 3) Riwayat Perkawinan

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

## 4) Riwayat Obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berpa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas *post operasi sectio caesarea* yang lalu.

## 5) Riwayat Persalinan Sekarang

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

## 6) 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.



## 7) Riwayat Kesehatan

Keluarga Adakah penyakit turunan dalam keluarga seperti jantung, Hipertensi, TBC, Diabetes Melitus, penyakit kelamin, abortus yang mungkin penyakit tersebut diturunkan kepada klien.

## 8) Pola Fungsi Kesehatan

### a) Pola Aktivitas

Aktivitas klien terbatas. dibantu oleh orang lain untuk memenuhi keperluannya karena klien mudah letih, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti: duduk ditempat tidur, menyusui.

### b) Pola Eliminasi

Klien dengan pos partum biasanya sering terjadi adanya perasaan sering/susah kencing akibat terjadinya odema dari trigono, akibat tersebut menimbulkan npeksi uretra sehingga menyebabkan konstipasi karena takut untuk BAB.

### c) Pola Istirahat dan Tidur

Klien pada masa nifas sering terjadi perubahan pola istirahat dan tidur akibat adanya kehadiran sang bayi dan nyeri jahitan

### d) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan menjadi ibu dan istri yang baik untuk suaminya.

### e) Pola Penanggulangan Stress

Klien merasa cemas karena tidak bisa mengurus bayinya sendiri

f) Pola Sensori Kognitis

Klien merasakan nyeri pada primeum karena adanya luka jahitan akibat SC

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa dirinya tidak seindah sebelum hamil, semenjak melahirkan klien mengalami perubahan pada ideal diri

h) Pola Reproduksi dan Sosial

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri bekas jahitan luka section caesarea

d. Pemeriksaan Fisik

Terjadi perubahan seksual atau fungsi seksualitas akibat adanya proses persalinan dan nyeri bekas jahitan luka SC.

1) Tanda Tanda Vital

Apabila terjadi perdarahan pada *post partum* tekanan darah turun, nadi cepat, pernafasan meningkat, suhu tubuh turun.

2) Kepala

a) Rambut: bagaimana bentuk kepala, warna rambut, kebersihan rambut, dan apakah ada benjolan

b) Mata: terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena perdarahan, sclera kuning proses persalinan yang mengalami

c) Telinga: biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga

d) Hidung: Adanya polip atau tidak dan apabila pada *post partum* kadang-kadang ditemukan pernapasan cuping hidung

e) Mulut dan Gigi: Mulut bersih kotor, mukosa bibir kering / lembab

f) Leher: Saat dipalpasi ditemukan ada tidak pembesaran kelenjar tiroid, karna adanya proses penerangan yang salah

g) Thorax, Payudara: Simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan pada payudara, areola hitam menonjol, air susu lancer kecoklatan, putting susu dan banyak keluar, Paru-Paru, Inspeksi Simetris tidak kiri dan kanan, ada / tidak terlihat pembengkakan.

h) Palpasi: Ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak teraba massa Perkusi: Redup / sonor Auskultasi: Suara nafas Vesikuler / ronkhi/wheezing

### 3) Jantung

a. Inspeksi: Ictus cordis teraba / tidak

b. Palpasi: Ictus cordis teraba / tidak

c. Perkusi: Redup / tympani

d. Auskultasi: Bunyi jantung lup dupe

### 4) Abdomen

a) Inspeksi: Terdapat luka jahitan *post op* ditutupi verban, adanya stria gravidarum

b) Palpasi: Nyeri tekan pada luka, konsistensi uterus lembek / keras

c) Perkusi: Redup

d) Auskultasi: Bising usus

- 5) Genetalia Pengeluaran darah bercampur lender, pengeluaran air ketuban, bila terdapat pengeluaran mekonium yaitu feses yang dibentuk anak dalam kandungan menandakan adanya kelainan letak anak. Ekstremitas Pemeriksaan odema untuk melihat kelainan- kelainan karena membesarkan uterus, karena pre eklamsia atau karena penyakit jantung atau ginjal

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian diatas masalah keperawatan yang mungkin muncul dengan nyeri pada pasien *post SC* menurut SDKI, 2020 adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (SDKI, 2020 Hal.172):

- a. Nyeri Aktut (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
- c. Defisit Perawatan Diri (D.0109)
- d. Risiko Infeksi (D.0142)
- e. Menyusui Tidak Efektif (D.0029)

## **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rosida, 2020).

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan**

<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Luaran Keperawatan (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>
1.	<p><b>Nyeri akut (D.0077)</b></p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Agan pencedera fisiologis (mis. Infamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>Agan pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>Agan pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>Mayor:</b></p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mengeluh nyeri</li> </ol> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi</li> <li>meningkat, sulit tidur</li> </ol> <p><b>Minor:</b></p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>tekanan darahmeningkat, pola nafas berubah,</li> <li>nafsu makan berubah,</li> <li>proses berpikir</li> </ol>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b></p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>Meringis menurun (5)</li> <li>Sikap protektif menurun (5)</li> <li>Gelisah menurun (5)</li> <li>Kesulitan tidur menurun (5)</li> </ol> <p><b>Skor :</b></p> <p>Menurun 1</p> <p>Cukup meningkat 2</p> <p>Sedang 3</p> <p>Cukup menurun 4</p> <p>Menurun 5</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238).</b></p> <p>Tindakan</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgesik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri: teknik mural</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian anagesik</li> </ol>

	<p>terganggu, d. menarik diri, e. berokus pada diri sendiri, f. diaphoresis.</p>		
2	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</b> Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan musculoskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuscular</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> </ol> <p>Gejala dan Tanda: <b>Mayor</b> Subyektif: a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Obyektif : a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun <b>Minor</b> Subyektif: a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak</p>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Ekspektasi : Meningkat Kriteria Hasil 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat <b>Skor :</b> Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5 1. Nyeri (5) 2. Kecemasan (5) 3. Kaku sendi (5) 4. Gerakan tidak terkoordinasi (5) 5. Gerakan terbatas (5) 6. Kelemahan fisik (5) <b>Skor :</b> Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p>	<p><b>Dukungan mobilisasi (L.05173)</b> <b>Observasi</b> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <b>Terapeutik</b> a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <b>Edukasi</b> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>

	<p>Obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sendi kaku</li> <li>Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>Gerakan terbatas</li> <li>Fisik lemah</li> </ol>		
3	<p><b>Defisit Perawatan Diri (D.0109)</b></p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gangguan musculoskeletal</li> <li>Gangguan neuromuskuler</li> <li>Kelemahan</li> <li>Gangguan psikologis dan/atau psikotik</li> <li>Penurunan motivasi/minat</li> </ol> <p>Gejala dan tanda :</p> <p><b>Mayor</b></p> <p>Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menolak melakukan perawatan diri</li> </ol> <p>Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>Minat melakukan perawatan diri kurang</li> </ol> <p><b>Minor</b></p> <p>Subyektif : -</p> <p>Obyektif : -</p>	<p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b></p> <p>Ekspektasi : Meningkatkan</p> <p>Kriteria Hasil</p> <p><b>Skor :</b></p> <p>Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kemampuan mandi (5)</li> <li>Kemampuan mengenakan pakaian (5)</li> <li>Kemampuan makan (5)</li> <li>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) (5)</li> <li>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri (5)</li> <li>Minat melakukan perawatan diri (5)</li> <li>Mempertahankan kebersihan diri (5)</li> <li>Mempertahankan kebersihan mulut (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>Monitor tingkat kemandirian</li> <li>Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</li> <li>Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan</li> </ol>
4	<p><b>Risiko Infeksi (D.0142)</b></p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)</li> <li>Efek prosedur invasif</li> <li>Malnutrisi</li> <li>Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan</li> </ol>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Kriteria Hasil</p> <p><b>Skor :</b></p> <p>Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkatkan 4, Meningkatkan 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kebersihan tangan (5)</li> <li>Kebersihan badan (5)</li> <li>Nafsu makan (5)</li> </ol> <p><b>Skor :</b></p>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol>

	<p>peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh)</p> <p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; imunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>Mayor : -</b> <b>Minor : -</b></p>	<p>Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <p>1. Demam (5) 2. Kemerahan (5) 3. Nyeri (5) 4. Bengkak (5) 5. Vesikel (5) 6. Cairan berbau busuk (5) 7. Sputum berwarna hijau (5) 8. Drainase purulen (5) 9. Piuria (5) 10. Periode malaise (5) 11. Periode menggigil (5) 12. Letargi (5) 13. Gangguan kognitif (5)</p> <p><b>Skor :</b> Memburuk 1, Cukup Memburuk 2, Sedang 3, Cukup Membaik 4, Membaik 5</p> <p>1. Kadar sel darah putih (5) 2. Kultur darah (5) 3. Kultur urine (5) 4. Kultur sputum (5) 5. Kultur area luka (5) Kultur feses (5)</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
5	<p><b>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</b> Penyebab :</p> <p>1. Ketidakadekuatan suplai ASI 2. Hambatan pada neonatus (mis: prematuritas, sumbing) 3. Anomali payudara ibu (misL puting yang masuk ke dalam) 4. Ketidakadekuatan refleks oksitosin 5. Ketidakadekuatan refleks menghisap bayi 6. Payudara bengkak 7. Riwayat operasi payudara 8. Kelahiran kembar</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>Mayor</b></p>	<p><b>Status Menyusui (L.03029)</b> Ekspektasi Membaik Kriteria Hasil</p> <p><b>Skor :</b> Menurun 1, Cukup Menurun 2, Sedang 3, Cukup Meningkat 4, Meningkat 5</p> <p>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8 kali/ 24 jam (5) 4. Berat badan bayi (5) 5. Tetesan/pancaran ASI (5) 6. Suplai ASI adekuat (5) 7. Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan (5) 8. Kepercayaan diri ibu (5) 9. Bayi tidur setelah menyusui (5) 10. Intake bayi (5)</p>	<p><b>Edukasi Menyusui (I.12393)</b> <b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya d. Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui e. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Berikan konseling menyusui b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p>



<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan maternal</li> <li>2. Kecemasan maternal</li> </ol> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu dengan benar</li> <li>2. ASI tidak menetes/memancar</li> <li>3. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam</li> <li>4. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua</li> </ol> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>Minor</b></p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intake bayi tidak edekuat</li> <li>2. Bayi menghisap tidak terus menerus</li> <li>3. Bayi menangis saat menyusui</li> </ol>	<p>11. Hisapan bayi (5)</p> <p><b>Skor :</b></p> <p>Meningkat 1, Cukup Meningkat 2, Sedang 3, Cukup Menurun 4, Menurun 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lecet pada puting (5)</li> <li>2. Kelelahan maternal (5)</li> <li>3. Kecemasan maternal (5)</li> <li>4. Bayi rewel (5)</li> <li>5. Bayi menangis setelah menyusui (5)</li> </ol>	<p>c. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan peletakan (lacth on) dengan benar</p> <p>d. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>e. Ajarkan perawatan payudara <i>postpartum</i> (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>
---	---	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan apa yang telah direncanakan, isinya berupa intervensi-intervensi keperawatan yang telah ditetapkan, antara lain sebagai berikut (Padila, 2020):

- a. Buat jadwal yang memperlihatkan peristiwa kunci yang direncanakan akan dilaksanakan pada waktu tertentu.
- b. Buat jadwal deadline yang dipenuhi orang yang terlibat dan dapat berguna dalam merumuskan.
- c. Tindakan mandiri (*Independent*).
- d. Tindakan kolaborasi (*Interdependent*)

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses menilai apa yang telah dicapai dan bagaimana telah dicapai. Jenis-jenis evaluasi antara lain sebagai berikut (Padila, 2020):

- a. Evaluasi formatif, yaitu respon hasil atau respon segera setelah melakukan intervensi
- b. Evaluasi sumatif, yaitu rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan

## D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

### 1. Konsep Dasar Terapi Relaksasi Benson

#### a. Definisi Relaksasi Terapi Benson

Teknik Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi. Terapi Benson merupakan teknik relaksasi dengan melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien (Sari, 2022).

b. Manfaat Relaksasi Benson

Relaksasi memiliki beberapa manfaat, yaitu:

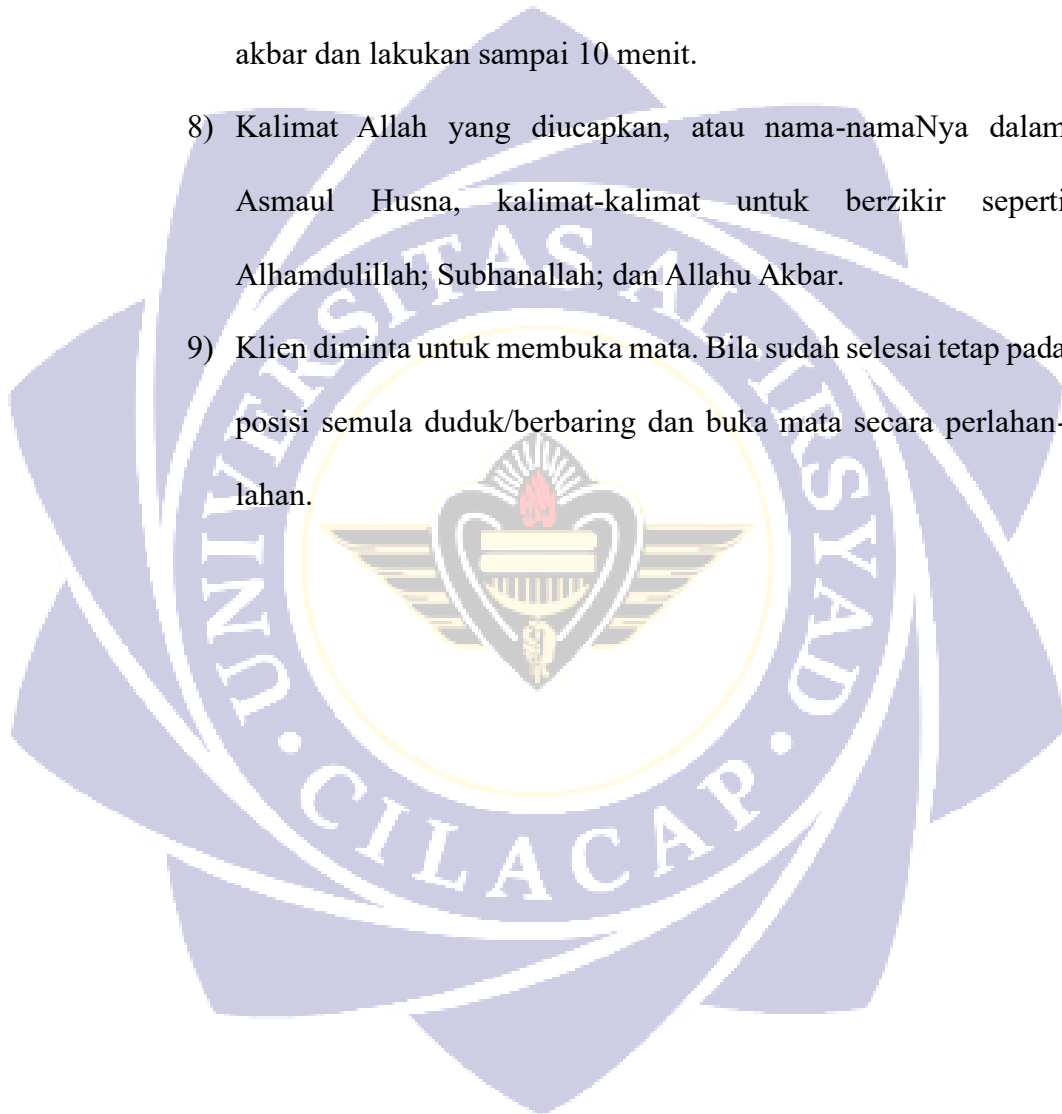
- 1) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernafasan
- 2) Penurunan konsumsi oksigen
- 3) Penurunan ketegangan otot
- 4) Penurunan kecepatan metabolisme
- 5) Peningkatan kesadaran;
- 6) Tidak berfokus terhadap stimulus
- 7) Tenang
- 8) Perasaan aman dan nyaman
- 9) Rileks

c. Standar Operasional Prosedur

Prosedur Relaksasi Benson menurut (Novita *et al.*, 2022):

- 1) Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
- 2) Anjurkan klien memilih tempat yang disukai
- 3) Anjurkan klien mengambil posisi yang paling nyaman seperti tidur terlentang atau duduk.
- 4) Anjurkan klien untuk memejamkan matanya dengan pelan, jika dipaksakan akan mengakibatkan ketegangan otot sekitar mata;
- 5) Anjurkan klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah.
- 6) Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan cara putarkan kepala perlahan- lahan.

- 7) Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar, tarik nafas lewat hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas lewat mulut, ucap Astaghfirullah, tenangkan pikiran kemudian Nafas dalam hembuskan ucapkan kata Alhamdulillah. Nafas dalam hembuskan ucapkan Allahu akbar dan lakukan sampai 10 menit.
- 8) Kalimat Allah yang diucapkan, atau nama-namaNya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti Alhamdulillah; Subhanallah; dan Allahu Akbar.
- 9) Klien diminta untuk membuka mata. Bila sudah selesai tetap pada posisi semula duduk/berbaring dan buka mata secara perlahan-lahan.



## 2. Jurnal Penerapan Terapi

**Tabel 2. 2 Jurnal Terapi**

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode			Hasil
		Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Populasi	Analisa Data	
(Novita et al., 2022)	Pengaruh teknik benson relaxation terhadap Intensitas Nyeri Pada ibu <i>post sectio caesarea</i> di RSUD Dr. H.M.Rabain muara enim	Penelitian ini merupakan penelitian <i>quasi eksperimen</i> menggunakan <i>non equivalent control group design</i> .	Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>purposive sampling</i> , Sampel penelitian yakni Ibu <i>post sectio caesarea</i> hari pertama di RSUD Dr. H. M. Rabain Muara Enim yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 34 orang.  <i>Variable Independent:</i> Pengaruh teknik benson relaxation <i>Variable Dependent:</i> terhadap Intensitas Nyeri Pada ibu <i>post sectio caesarea</i>	Analisis data menggunakan uji statistik Mann-Whitney.	ada pengaruh teknik benson relaxation terhadap intensitas nyeri pada Ibu <i>post sectio caesarea</i> di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. M. Rabain Muara Enim, 2020 p Value $0,000 < 0,05$

(Meilani & Puspitasari, 2024)	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pasien <i>Post Sectio caesarea</i> di RS Nuraida Bogor	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain quasi eksperimen dan pendekatan one group pre-post test design.	Populasi adalah pasien <i>post section</i> Caesarea yang masih dalam perawatan sebanyak 35 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling.  Variable Independent: Penerapan Terapi Murottal  Variable Dependent: Mengurangi Tingkat Nyeri	Analisa data dengan menggunakan uji Wilcoxon.	Hasil tes Wilcoxon memperoleh nilai p sebesar $0,000 < 0,005$ yang berarti ada pengaruh dari pemberian Teknik Relaksasi Benson terhadap Intensitas Nyeri Pasien <i>Post Sectio caesarea</i> di RS Nuraida Bogor.
(Warsono <i>et al.</i> , 2019)	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pasien <i>Post Sectio caesarea</i> di RS PKU Muhammadiyah Cepu	Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan menggunakan rancangan pra-pasca pemberian terapi (one-grup pre test – <i>post test</i> design)	Populasi Semua ibu hamil dengan <i>post section caesarea</i> di Ruang Wijaya Kusuma pada bulan Februari - Maret 2019, Sempel Penelitian sebanyak 30 responden dengan menggunakan teknik accidental sampling,  Variable Independent: Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson Variable Dependent: Terhadap Intensitas Nyeri Pasien	Analisa data dengan menggunakan uji Wilcoxon.	Hasil uji Wilcoxon p value $\leq 0.05$ artinya ada pengaruh penurunan intensitas nyeri setelah diberikan teknik relaksasi benson Kesimpulan menunjukkan ada pengaruh yang signifikan pada pemberian teknik relaksasi benson terhadap penurunan intensitas nyeri pasien <i>post section caesarea</i> .