

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teknik Relaksasi Napas Dalam Untuk Mengatasi Nyeri Akut pada Ibu Post SC

1. Pengertian relaksasi napas dalam pada ibu post SC dengan nyeri akut

Teknik relaksasi merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang digunakan dalam penatalaksanaan nyeri (Tamsuri, 2007). Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Sulistyo, 2013). Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi yang lambat dan berirama (Smeltzer & Bare, 2002). Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan *pursed lip breathing* (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri, di dalam tubuh seseorang tersebut secara stimulan dapat meningkatkan saraf parasimpatis maka hormon kortisol dan adrenalin yang dapat menyebabkan stres akan menurun sehingga konsentrasi meningkat serta merasa tenang untuk mengatur napas sampai pernapasan kurang dari 60-70 kali per menit. Kemudian kadar PCO_2 akan meningkat dan menurunkan pH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Handerson, 2002). Teori relaksasi napas dalam ini menjelaskan bahwa pada *spinal cord*, sel-sel reseptor yang menerima stimulasi nyeri *periferal* dihambat oleh stimulasi dari serabut-serabut saraf yang lain. Stimulasi yang

menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi *endorfin*, maka nyeri yang dirasakan menjadi berkurang (Priharjo, 2003). Periode relaksasi napas dalam yang teratur dapat membantu untuk melawan ketegangan otot dan kelelahan yang terjadi akibat meningkatkan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Banyak pasien SC yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jaritan SC. Pasien SC akan mengalami nyeri akut. Dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2016).

2. Tujuan teknik relaksasi napas dalam

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stress baik itu stress fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu (Smeltzer & Bare, 2002).

Selain tujuan tersebut, terdapat beberapa tujuan dari teknik napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012), yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

3. Manfaat teknik relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi napas dalam dapat memberikan berbagai manfaat. Menurut Potter & Perry (2006), menjelaskan efek relaksasi napas dalam antara lain terjadinya penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera dan periode kewaspadaan yang santai.

Keuntungan teknik relaksasi napas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja dan dimana saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa suatu media serta merilekskan otot-otot yang tegang. Sedangkan kerugian relaksasi napas dalam antara lain tidak dapat dilakukan pada pasien yang menderita penyakit jantung dan pernapasan (Smeltzer & Bare, 2002).

4. Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan persepsi nyeri

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu:

- a. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri

- c. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan *opoid endogen* yaitu *endorfin* dan *enkefalin* (Smeltzer & Bare, 2002).

Pernyataan lain mengatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stres seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur. Hal ini akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PCO₂ dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen dalam darah (Handerson, 2002).

5. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Menurut Lusianah, Indrayani, & Suratun (2012), langkah teknik relaksasi napas dalam yaitu:

- a. Mengecek program terapi medik
- b. Mengucapkan salam terapeutik
- c. Melakukan evaluasi dan validasi
- d. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur kepada pasien
- e. Mempersiapkan alat: satu bantal
- f. Memasang sampiran
- g. Mencuci tangan

- h. Mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau kursi atau dengan *lying position* (posisi berbaring) di tempat tidur atau dikursi dengan satu bantal
- i. Meminta pasien untuk menarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai tiga selama inspirasi
- j. Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat dengan hidung
- k. Meminta pasien untuk menghembuskan udara lewat bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi. Teknik *pursed lip breathing* ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit
- l. Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunya abdomen dan kontraksi otot abdomen ketika ekspirasi. Hitung sampai tujuh selama ekspirasi
- m. Meminta pasien untuk menggunakan latihan ini dan tingkatkan secara bertahap selama lima sampai 10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi berbaring, duduk tegap, berdiri dan berjalan
- n. Mencuci tangan
- o. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan dengan Teknik Relaksasi Napas Dalam Untuk Mengatasi Nyeri Akut pada Ibu Post SC

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2011), Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya.

1. Pengkajian Post SC

a. Identitas pasien

b. Keluhan utama

Pada ibu dengan kasus post SC keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka operasi.

c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post SC kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

d. Riwayat menstruasi

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

e. Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan adalah usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

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

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

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

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post SC tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post SC tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post SC pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post SC terjadi gangguan pada pola istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post SC terjadi gangguan gerak dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post SC kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post SC biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.
- 8) Rasa nyaman, pada pasien post SC akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post SC seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha untuk merawat anaknya.

- 10) Sosial, pada SC lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Bermain dan rekreasi, pada pasien post caesarea ibu biasanya belum bisa bermain dan berekreasi.
- 12) Prestasi, kaji hal-hal yang membanggakan dari ibu yang ada hubungan dengan kondisinya.
- 13) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan SC meliputi perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

14) Data spiritual

Kaji kepercayaan ibu terhadap Tuhan

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah: Konjuntiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher: Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan buah dada: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.

- 6) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang
Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Pengkajian Nyeri

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Carpenito-Moyet & Juall, 2007).

Pengkajian nyeri yang faktual dan tepat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, menengakkan diagnosis keperawatan yang tepat, menyeleksi terapi keperawatan yang cocok, dan mengevaluasi respon pasien terhadap terapi (Potter & Perry, 2006). Keuntungan pengkajian nyeri bagi pasien adalah nyeri dapat diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, dan dapat dijelaskan serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (McGuire, 1992 dalam Potter & Perry, 2006).

Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri meliputi:

a. Penentuan ada tidaknya nyeri

Dalam memulai pengkajian terhadap nyeri pada pasien, hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah penentuan ada tidaknya nyeri pada pasien. Perawat harus mempercayai ketika pasien melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) walaupun dalam observasi perawat tidak menemukan adanya cedera maupun luka. Setiap nyeri yang dilaporkan oleh pasien adalah nyata adanya. Sebaliknya ada beberapa pasien yang terkadang justru menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan (Sulistyo, 2013).

b. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri

Nyeri merupakan suatu yang kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor. Perawat perlu mempertimbangkan aspek-aspek yang memengaruhi nyeri pasien tersebut. Hal ini sangat penting bagi perawat untuk memberikan kemudahan dalam membrikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami perubahan kenyamanan (nyeri) (Sulistyo, 2013). Faktor-faktor tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang memengaruhi nyeri, khususnya anak-anak dan lansia. Perbedaan yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat memengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil memiliki kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat, yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak yang masih kecil juga mengalami kesulitan karena mereka belum dapat mengucapkan kata-kata secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas kesehatan (Potter & Perry, 2006).

Sedangkan menurut Ebersole dan Hess (1994), seseorang yang berusia lanjut berisiko tinggi mengalami situasi-situasi yang menyebabkan mereka merasakan nyeri (Potter & Perry, 2006). Lansia cenderung mengabaikan nyeri dan menahan nyeri yang berat dalam waktu yang lama sebelum melaporkannya atau mencari perawatan di pelayanan kesehatan. Lansia yang lainnya tidak mencari perawatan karena merasa takut nyeri yang dialami menandakan penyakit yang serius atau takut kehilangan kontrol (Smeltzer & Bare, 2002).

2) Jenis kelamin

Menurut Gill (1990), secara umum jenis kelamin antara pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan menganggap bahwa jenis kelamin dapat memengaruhi pengekspresian nyeri, yaitu dikatakan bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam keadaan yang sama (Potter & Perry, 2006).

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan yang dimiliki akan memengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskrud, 1991 dalam Potter & Perry, 2006). Ada perbedaan makna dan sikap yang dikaitkan dengan nyeri di berbagai kelompok budaya. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sedangkan, ada kebudayaan lain yang cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Menurut Clancy dan McVicar (1992), sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang.

Dapat disimpulkan bahwa hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen, sehingga terjadilah persepsi nyeri (Potter & Perry, 2006).

4) Makna nyeri

Makna seseorang yang berkaitan dengan nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan dengan latar belakang budaya seseorang tersebut. Seorang individu akan mempersepsikan nyeri dengan berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri akan dipersepsikan pasien berhubungan dengan makna nyeri yang dirasakan (Potter & Perry, 2006).

5) Perhatian

Tingkat seseorang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2006). Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi pasien pada stimulus lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer (Potter & Perry, 2006).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan cemas (*ansietas*) bersifat kompleks. Ansietas sering kali dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Menurut Paice, 1991 dalam Potter & Perry, (2006) melaporkan bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem

limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7) Keletihan

Keletihan atau kelelahan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, persepsi nyeri dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri sering kali lebih berkurang setelah individu tidur dengan lelap (Potter & Perry, 2006).

8) Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya, namun hal ini tidak selalu membuat individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa yang akan datang. Apabila individu sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang tetapi kemudian nyeri tersebut dapat dihilangkan, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Apabila seorang pasien tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri (Potter & Perry, 2006).

9) Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang mengakibatkan pasien merasa kesepian. Pasien akan merasa tidak berdaya dengan rasa kesepian itu apabila pasien mengalami nyeri saat menjalani suatu perawatan kesehatan seperti di rumah sakit. Hal yang sering terjadi adalah pasien akan merasa

kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau terhadap hasil akhir dari peristiwa yang terjadi. Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan. Pasien sering kali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri (Potter & Perry, 2006).

10) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang memengaruhi respon nyeri yaitu kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap dan perlakuan mereka terhadap pasien. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang disayangi akan mengurangi kesepian dan ketakutan yang dialami. Apabila tidak ada keluarga atau teman, sering kali pengalaman nyeri menyebabkan pasien semakin tertekan (Potter & Perry, 2006).

c. Pengalaman nyeri

Hal terpenting juga yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh pasien, dan apakah pasien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Akan sangat membantu, apabila perawat mengetahui fase nyeri yang pasien alami. Fase tersebut antara lain, fase antisipatori, fase sensasi, dan fase akibat (*aftermath*). Fase tersebut bukan hanya memengaruhi gejala alami pasien, tetapi juga jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2006).

Pasien pada fase antisipatori akan dapat merasa cemas atau takut atau pasien mungkin mengajukan pertanyaan tentang nyeri yang akan dirasakannya lagi. Pasien pada fase sensasi umumnya memperlihatkan tanda dan gejala

ketidaknyamanan. Dengan demikian perawat sebaiknya tidak mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara rinci (Potter & Perry, 2006).

d. Ekspresi nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal pasien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal. Anak-anak yang masih kecil mungkin tidak mengerti makna “nyeri” sehingga dalam melakukan pengkajian perawat perlu menggunakan kata-kata, seperti “ouh”, “aduh”, atau “sakit” (Sulistyo, 2013).

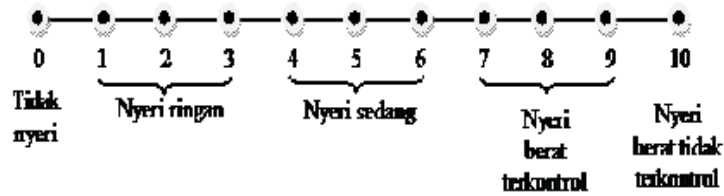
e. Karakteristik nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom* meliputi PQRST. P (*paliatif* atau *provocatif*) merupakan yang menyebabkan timbul masalah, Q (*quality* dan *quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas, R (*region*) merupakan lokasi nyeri, S (*severity*) adalah keparahan, T (*Timing*) merupakan waktu (Springhouse Pennsylvania, 1991 dalam Priharjo 1996).

f. Pengukuran nyeri

Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas

nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapiutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter & Perry, 2006).



Gambar 1 Skala Pengukuran Nyeri Pada Pasien Post SC

Sumber: Buku Ajar Fundamental Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4, (Potter & Perry, 2006).

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Tabel 1
Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda
<p>Nyeri akut</p> <p>Kategori : psikologis</p> <p>Subkategori : nyeri dan kenyamanan</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.</p>	<p>Agen pencedera fisik (kondisi pembedahan : tindakan SC)</p>	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif : mengeluh nyeri</p> <p>Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: tidak tersedia</p> <p>Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.</p>

Lembar diagnosa keperawatan terlampir.

4. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu pasien dan mencapai kriteria hasil. Rencana intervensi tersebut disusun berdasarkan komponen penyebab dari diagnosis keperawatan.

Tabel 2

Rencana Keperawatan NANDA NIC-NOC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>NOC</p> <p><i>a.Pain level</i> <i>b.Pain control</i> <i>c.Comfort level</i></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>d. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>e. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>f. Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam) untuk mengontrol nyeri.</p> <p><i>Analgesic administration</i></p> <p>g. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi</p> <p>h. Cek riwayat alergi</p> <p>i. Pilih rute pemberian secara intra vena (IV), intra mskular (IM) untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>j. Monitor vital sign</p>

Sumber: Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC

(Nurarif & Kusuma, 2015).

5. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan adalah tindakan keperawatan merupakan aplikasi dari rencana yang telah disusun sebelumnya dimana tujuan dari pelaksanaan ini adalah memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan tindakan dalam kasus sudah dapat dilaksanakan, namun dalam pelaksanaan ada beberapa tindakan yang tidak bisa dilaksanakan karena disesuaikan dengan keadaan ruangan juga karena keterbatasan waktu penulis dalam perawatan pasien (Doengoes, 2012) dan (Carpenito, 2012).

Pada diagnosa nyeri akut untuk tindakan keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan rencana. Waktu pelaksanaan selama 2x24 jam dilaksanakan dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapiutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, mengurangi faktor presipitasi nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam) untuk mengontrol nyeri, mengecek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi, mengecek riwayat alergi, memilih rute pemberian secara intra vena, intra muskular untuk pengobatan nyeri secara teratur dan memonitor tanda-tanda vital pasien. Lembar pelaksanaan keperawatan terlampir.

6. Evaluasi keperawatan

Menurut Asmadi (2008), evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan

pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- a. Melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yaitu *pain level, pain control, comfort level* dengan kriteria hasil sebagai berikut:
 - 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
 - 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
 - 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
 - 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum. Apabila tercapai maka respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan, sedangkan apabila belum tercapai maka respon pasien tidak sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditentukan.
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Apabila terdapat tujuan dan kriteria hasil yang belum tercapai maka akan dilakukan perencanaan ulang untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang belum teratasi. Lembar evaluasi keperawatan terlampir.

Tabel 3
Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S (Subjektif): Data yang diperoleh dari respon pasien secara verbal</p> <p>O (Objektif): Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <p>A (<i>Assessment</i>): Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik</p> <p>P (<i>Planning</i>): Rencana selanjutnya</p>

Sumber: Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar (Asmadi, 2008).