

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Napas Dalam Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Ibu Post SC

1. Definisi *sectio caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. (Wiknyosastro, 2005) dalam (Aspiani, 2017).

Indikasi SC menurut Manuaba (2002) dan Syaifudin (2001) dalam (Aspiani, 2017) adalah:

- a. CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*)
- b. PEB (*Pre-Eklamsi Berat*)
- c. KPD (Ketuban Pecah Dini)
- d. Bayi kembar
- e. Faktor hambatan janin
- f. Kelainan letak janin

2. Nyeri pada ibu post SC

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015). Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari keusakan jaringan yang aktual maupun potensial (Smeltzer & Bare, 2002). Pada ibu post SC nyeri

yang dirasakan berasal dari luka yang terdapat pada perut bekas operasi (Kasdu, 2003). Pasien post SC mengalami nyeri akut (Aspiani, 2017). 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 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Dampak yang ditimbulkan oleh nyeri adalah klien kurang mampu berpartisipasi dalam aktifitas rutin, seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual (Mubarak et al., 2015).

3. Pengertian teknik relaksasi napas dalam pada ibu post sc dengan nyeri akut

Teknik relaksasi merupakan salah satu sistem pereda nyeri nonfarmakologis (Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 2012). Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri (Mubarak et al., 2015). Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Teknik tercepat dan termudah untuk meningkatkan relaksasi adalah menginstruksikan wanita untuk menarik napas dalam dan kemudian relaks saat menghembuskan napas (Reeder et al., 2012). Latihan napas dalam adalah bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan *purse lips breathing* (Lusinah, Indrayani, & 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 menyebabkan stress akan menurun. Sehingga konsentrasi meningkat dan akan merasa lebih tenang untuk mengatur napas sampai pernapasan kurang dari 60-70 kali per menit. Kemudian kadar tekanan parsial karbondioksida (PCO₂) akan meningkat dan menurunkan pH sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Henderson, Christine, & Jones, 2005). Teori relaksasi napas dalam ini menjelaskan bahwa pada *spiral cord*, sel-sel reseptor yang menerima stimulasi nyeri *perifer* dihambat oleh stimulasi dari serabut saraf yang lain. Stimulasi menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi *endorfin*, maka nyeri yang dirasakan menjadi berkurang (Priharjo, 1993). Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot (Smeltzer & Bare, 2002).

4. Tujuan teknik relaksasi napas dalam

Tujuan dari teknik napas dalam menurut Lusianah, Indrayani dan Suratun adalah antara lain:

- a. Meningkatkan ventilasi alveoli
- b. Mempertahankan pertukaran gas
- c. Mengatur frekuensi dan pola nafas
- d. Memperbaiki fungsi diafragma
- e. Menurunkan kecemasan
- f. Meningkatkan relaksasi otot
- g. Mengurangi udara yang terperangkap
- h. Meningkatkan inflasi alveolar
- i. Memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan
- j. Memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis

5. 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, ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera serta periode kewaspadaan yang sesuai.

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).

6. 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 hal ini menyebabkan menurunnya kadar 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 mendorong terjadinya peningkatan kadar tekanan parsial karbon dioksida (PCO_2) dan akan menurunkan derajat keasaman atau kebasaaan (pH) sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen (PO_2) dalam darah (Henderson et al., 2005).

7. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Menurut Lusianah, Inrayani, & Suratnum (2012), langkah teknik relaksasi napas dalam yaitu:

- a. Mengecek program terapi medik
- b. Mengucapkan salam terapeutik
- c. Melakukan evaluasi atau validasi
- d. Melakukan kontrak waktu, tempat, dan topik
- e. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien
- f. Mempersiapkan alat: satu buah bantal
- g. Memangsang sampiran
- h. Mencuci tangan
- i. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien
- j. Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap tertutup. Hitung sampai 3 selama inspirasi

- k. Meminta pasien untuk berkonsentrasi
- l. Meminta pasien untuk menghembuskan udara lewat bibir
- m. Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunnya abdomen dan konsentrasi otot abdomen ketika ekspirasi.
- n. Meminta pasien untuk menggunakan latihan ini dan tingkatkan secara bertahap 5-10 menit.
- o. Membereskan alat-alat dan mencuci tangan
- p. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dengan Teknik Relaksasi Napas Dalam Untuk Menurunkan Skala 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 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 SC kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan 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 SC 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: konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak
- 3) Pemeriksaan leher: ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax: ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan 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), hematocrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri yang faktual dan tepat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat, menyeleksi terapi keperawatan yang cocok dan mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain:

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 (Andarmoyo, 2013).

b. Faktor-faktor yang menyebabkan/memengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yang bias dikaji dan digali oleh perawat antara lain:

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Kebudayaan
- 4) Makna nyeri
- 5) Perhatian
- 6) Ansietas
- 7) Kelelahan
- 8) Pengalaman sebelumnya
- 9) Gaya coping
- 10) Dukungan keluarga dan sosial

c. Pengalaman nyeri

Hal terpenting yang juga perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh klien. Hal ini akan sangat membantu bagi perawat untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan oleh klien dan apakah klien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Fase tersebut antara lain 1) fase antisipatori, 2) fase sensai, dan 3) 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, 2005).

d. Ekspresi nyeri

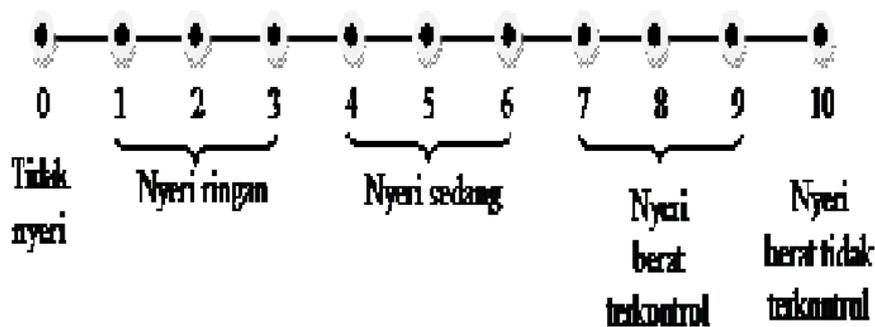
Amati cara verbal dan nonverbal pasien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringi, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal. Perawat juga dapat melakukan pengkajian menggunakan kata-kata seperti, “ouh”, “aduh”, atau “sakit” (Andarmoyo, 2013).

e. Karakteristik nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan maslaah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bsa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bias 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 (Andarmoyo, 2013).

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, 2005).



Gambar 1 Skala Pengukuran Nyeri Pada Pasien Post SC

3. Diagnosis keperawatan

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

Table 1
Diagnosis Keperawatan Pada Ibu Post SC Dengan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah	Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik)	Gejala dan tanda mayor Subjektif: mengeluh nyeri Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor Subjektif: tidak tersedia Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Sumber: TIM POKJA DPP SDKI PPNI Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 2016

4. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Dalam menentukan intervensi keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

- a. Karakteristik diagnosis keperawatan
- b. Luaran (outcome) keperawatan yang diharapkan

Luaran keperawatan merupakan hasil akhir yang diharapkan setelah pemberian intervensi keperawatan. Luaran keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu **Luaran Negatif** dan **Luaran Positif**. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu **Label**, **Ekspektasi**, dan **Kriteria Hasil** (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

- c. Kemampulaksanaan intervensi keperawatan
- d. Kemampuan perawat
- e. Penerimaan pasien
- f. Hasil penelitian

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan Pada Ibu Post SC dengan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah</p>	<p>SLKI: Tingkat Nyeri dan Kontrol Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x maka nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Sikap protektif menurun 6. Frekuensi nadi normal 7. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 8. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 9. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 10. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi 11. Keluhan tidak nyaman menurun 	<p>SIKI: Manajemen Nyeri</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Dalam hal ini diberikan teknik relaksasi napas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan memicu nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu.</i> <p>SIKI: Terapi Relaksasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi. Dalam hal ini diberikan teknik relaksasi napas dalam

1	2	3
		<p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyamn, <i>jika memungkinkan</i> 2. Berikan informasi tentang prosedur teknik relaksasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan manfaat relaksasi napas dalam 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik relaksasi napas dalam 4. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi. Dalam hal ini yaitu teknik relaksasi napas dalam

Sumber: TIM POKJA DPP SLKI PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018 dan TIM POKJA DPP SIKI PPNI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018

5. Pelaksanaan keperawatan

Pada proses keperawatan, pelaksanaan atau implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan (Kozier, Erb, Berman, & Sny, 2011). Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreatifitas perawat. Setelah melakukan implementasi, perawat mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier et al., 2011).

Pada diagnosis 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 pencetus, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, mengurangi faktor pencetus 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.

Menurut Lusianah, Inrayani, & Suratnum (2012), langkah teknik relaksasi napas dalam yaitu:

Table 3
Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

No	Tindakan
1	Mengecek program terapi medik
2	Mengucapkan salam terapeutik
3	Melakukan evaluasi atau validasi
4	Melakukan kontrak waktu, tempat, dan topik
5	Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien
6	Mempersiapkan alat: satu buah bantal
7	Memasang sampiran
8	Mencuci tangan
9	Mengatur posisi yang nyaman bagi klien
10	Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung. Hitung sampai 3 selama inspirasi
11	Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen
12	Meminta pasien untuk menghembuskan udara lewat bibir
13	Meminta pasien untuk berkonsentrasi dan rasakan turunnya abdomen. Hitung sampai 7 selama ekspirasi
14	Meminta pasien untuk menggunakan latihan ini dan tingkatkan secara bertahap 5-10 menit.
15	Membereskan alat-alat dan mencuci tangan
16	Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien

(Sumber : Lusianah, Prosedur Keperawatan, 2012)

6. Evaluasi keperawatan

Mengevaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Dalam konteks ini, evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan (a) kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan (b) keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Selama tahap evaluasi, perawat mengumpulkan data dengan tujuan membandingkannya dengan tujuan yang dipilih sebelumnya dan menilai keefektifan asuhan keperawatan (Kozier et al., 2011).

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.

Tabel 4
Evaluasi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah	<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>): Tindakan lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik</p> <p>P (<i>Planning</i>): Rencana selanjutnya</p>