

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teknik Relaksasi Napas Dalam pada Ibu Primipara**

##### **1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam**

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 (Andarmoyo, 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).

##### **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 stres baik itu stres 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. Efek teknik relaksasi napas dalam**

Menurut Potter and Perry (2006) teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar akan memberikan efek yang penting bagi tubuh, efek tersebut antara lain sebagai berikut :

- a. Penurunan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
- b. Penurunan konsumsi oksigen
- c. Penurunan ketegangan otot
- d. Penurunan kecepatan metabolisme
- e. Peningkatan kesadaran global
- f. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
- g. Tidak ada perubahan posisi yang volunter
- h. Perasaan damai dan sejahtera
- i. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam

### **4. Prosedur teknik relaksasi napas dalam**

Berikut ini adalah langkah-langkah tindakan dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012) :

- a. Mengecek program terapi medik klien.
- b. Mengucapkan salam terapeutik pada klien.
- c. Melakukan evaluasi atau validasi.
- d. Melakukan kontrak (waktu, tempat, dan topik) dengan klien.
- e. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien.
- f. Mempersiapkan alat : satu bantal
- g. Memasang sampiran.
- h. Mencuci tangan.

- i. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau di kursi atau dengan posisi *lying position* (posisi berbaring) di tempat tidur atau di kursi dengan satu bantal.
- j. Memfleksikan (membengkokkan) lutut klien untuk merilekskan otot abdomen.
- k. Menempatkan satu atau dua tangan klien pada abdomen yaitu tepat dibawah tulang iga
- l. Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup. Hitunglah sampai 3 selama inspirasi.
- m. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat melalui hidung.
- n. Meminta klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan 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.
- o. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi.
- p. Menganjurkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi tegap, berdiri, dan berjalan.
- q. Merapikan lingkungan dan kembalikan klien pada posisi semula.

- r. Membereskan alat.
- s. Mencuci tangan.
- t. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien.

#### **5. Pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap ketidaknyamanan pasca partum akibat dari nyeri akut yang dialami oleh ibu primipara**

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk menurunkan nyeri dengan menurunkan ketegangan otot agar tidak terjadi nyeri yang lebih berat. Relaksasi yaitu suatu cara mengurangi rangsangan nyeri dengan mengistirahatkan atau merelaksasikan otot-otot tubuh. Teknik ini mudah dipelajari oleh ibu post partum yaitu dengan melakukan napas dalam, pola pernapasan yang teratur dan rileks (Uliyah & Hidayat, 2009). Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Endorfin dan enkefalin merupakan substansi di dalam tubuh yang berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Smeltzer and Bare (2002) endorfin merupakan neurotransmitter yang menghambat pengiriman rangsangan nyeri sehingga dapat menurunkan sensasi nyeri. Penurunan intensitas nyeri tersebut dipengaruhi oleh peralihan fokus responden pada nyeri yang dialami terhadap penatalaksanaan teknik relaksasi napas dalam sehingga suplai oksigen dalam jaringan akan meningkat dan otak bisa berelaksasi. Otak yang relaksasi itulah yang akan merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon endorfin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang

akhirnya menyebabkan intensitas nyeri yang dialami responden berkurang (Widiatie, 2015).

Nyeri bergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil, keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang ke korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medula spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghambat rangsangan nyeri (Uliyah & Hidayat, 2009).

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Azizah, Zumrotun, Fanianurul, & Nisa, 2015). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Ibu meningkatkan aktivitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi ibu terhadap rasa nyeri. Hormon adrenalin dan kortisol yang menyebabkan stres akan menurun, ibu dapat meningkatkan konsentrasi dan merasa tenang sehingga memudahkan ibu untuk mengatur pernapasan sampai frekuensi pernapasan kurang dari 60-70 x/menit. Kadar PaCO<sub>2</sub> (Tekanan Parsial Karbon Dioksida) akan meningkat dan menurunkan pH sehingga

menyebabkan meningkatkannya kadar oksigen dalam darah (Henderson & Jones, 2005).

## **B. Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam pada Ibu Primipara**

### **1. Pengkajian**

Menurut Carpenito-Moyet pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional, serta untuk menentukan pola respons klien pada saat ini dan waktu sebelumnya (Potter & Perry, 2009). 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 (McGuire, 1992 dalam Potter and Perry, 2006). Beberapa hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pengkajian nyeri antara lain :

#### **a. Penentuan ada tidaknya nyeri**

Hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah penentuan ada tidaknya nyeri pada klien. Perawat harus memercayai ketika pasien melaporkan adanya ketidaknyamanan (nyeri) walaupun saat perawat mengobservasi tidak ditemukan adanya cedera atau luka, karena setiap nyeri yang dilaporkan oleh klien adalah nyata adanya. Namun, ada beberapa pasien yang terkadang menyembunyikan rasa nyerinya untuk menghindari pengobatan (Andarmoyo, 2013).

#### **b. Faktor-faktor yang memengaruhi nyeri**

Nyeri merupakan sesuatu yang kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor. Perawat perlu mempertimbangkan aspek-aspek yang memengaruhi nyeri

klien tersebut. Hal ini sangat penting bagi perawat untuk memberikan kemudahan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami masalah nyeri (Andarmoyo, 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 berespons 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

Cara individu untuk mengatasi nyeri akan dipengaruhi oleh keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan yang dimilikinya. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaannya. Hal ini meliputi bagaimana individu bereaksi terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskrud, 1991 dalam Potter and Perry, 2006). 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 (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 and Perry, 2006). Perawat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi pasien pada stimulus lain (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. Paice (1991) dalam Potter and 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 dapat memperburuk atau menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006).

#### 7) Kelelahan

Kelelahan atau kelelahan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Persepsi nyeri dapat terasa lebih berat lagi apabila kelelahan disertai dengan kesulitan tidur. Nyeri dapat 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 (Potter & Perry, 2006).

#### 9) Gaya koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang mengakibatkan klien merasa kesepian. Klien akan merasa tidak berdaya dengan rasa kesepian itu apabila klien mengalami nyeri saat menjalani suatu perawatan kesehatan seperti di rumah sakit. Hal yang sering terjadi adalah klien 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. Kehadiran orang yang disayangi akan mengurangi kesepian dan ketakutan yang dialaminya walaupun nyeri tersebut tetap dirasakan (Potter & Perry, 2006).

#### c. Pengalaman nyeri

Hal terpenting juga yang 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 dialami (Andarmoyo, 2013).

d. Ekspresi nyeri

Perawat perlu mengamati klien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan baik secara verbal maupun nonverbal. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal (Andarmoyo, 2013).

e. Karakteristik nyeri

Membantu pasien dalam mengutarakan masalah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom*. Komponen pengkajian analisis *symptom* meliputi PQRST. P (paliatif atau *provocative*) merupakan yang menyebabkan timbulnya masalah, Q (*quality* dan *quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri, R (*region*) merupakan lokasi nyeri, S (*severity*) adalah keparahan dan T (*timing*) merupakan waktu (Andarmoyo, 2013). Berikut ini merupakan ringkasan pengkajian karakteristik nyeri dengan pendekatan PQRST menurut Arif (2008), yaitu sebagai berikut :

- 1) Paliatif atau provokatif: apakah ada peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri, apakah nyeri berkurang apabila beristirahat, apakah nyeri bertambah berat bila beraktivitas (*aggravation*). Faktor-faktor yang dapat meredakan nyeri (misalnya gerakan, kurang bergerak, pengetahuan tenaga, obat-obat bebas, dan sebagainya) dan apa yang dipercaya klien dapat membantu mengatasi nyerinya.
- 2) *Quality dan quantity*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam, atau menusuk.

- 3) *Region*: di mana lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan di mana rasa sakit terjadi. Tekanan pada saraf atau akar saraf akan memberikan gejala nyeri yang disebut *radiating pain* misalnya seketika di mana nyeri menjalar mulai dari bokong sampai anggota gerak bawah sesuai dengan distribusi saraf. Nyeri lain yang disebut nyeri kiriman atau *referred pain* adalah nyeri pada suatu tempat yang sebenarnya akibat kelainan dari tempat lain misalnya nyeri lutut akibat kelainan pada sendi panggul.
- 4) *Severity*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri 0-10 (tidak ada nyeri, nyeri tergolong ringan, nyeri sedang, nyeri berat, nyeri tak tertahankan) dan klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya terhadap aktivitas kehidupan sehari-hari (misalnya tidur, nafsu makan, konsentrasi, interaksi dengan orang lain, gerakan fisik, bekerja, dan aktivitas-aktivitas santai). Nyeri akut sering berkaitan dengan cemas dan nyeri kronis dengan depresi.
- 5) *Timing*: berapa lama nyeri berlangsung (bersifat akut atau kronis), kapan, apakah ada waktu-waktu tertentu yang menambah rasa nyeri.

Menurut Andarmoyo (2013), selain menggunakan pendekatan PQRST, perawat juga dapat melakukan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan pendekatan dibawah ini, yaitu :

- 1) Awitan dan durasi

Perawat mengajukan pertanyaan untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah kapan nyeri mulai dirasakan, sudah berapa lama nyeri mulai dirasakan, apakah nyeri yang dirasakan

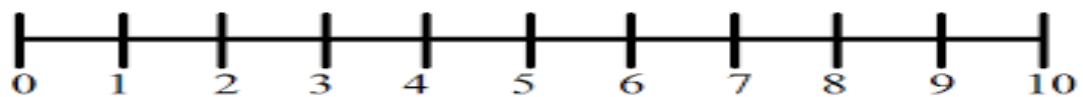
terjadi pada waktu yang sama pada setiap hari, dan seberapa sering nyeri kembali kambuh.

## 2) Lokasi

Perawat perlu meminta klien menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman untuk mengkaji lokasi nyeri. Perawat kemudian meminta klien melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri untuk melokalisasi nyeri dengan lebih spesifik.

## 3) Keparahan

Penilaian terhadap intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu (Andarmoyo, 2013). Penilaian intensitas nyeri dapat menggunakan skala numerik. Skala penilaian numerik atau *Numerical Rating Scales* (NRS), yaitu skala dengan cara menilai nyeri dengan menggunakan skala dari 0 sampai 10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992 dalam Potter and Perry, 2006).



Gambar 1. Skala Pengukuran Intensitas Nyeri (Niman, 2013)

Keterangan :

0 : tidak ada nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat

10 : nyeri paling berat yang tidak tertahankan

4) Kualitas

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah apakah nyeri yang dirasakan klien sebagai sensai remuk (*crushing*), berdenyut (*throbbing*), tajam, atau tumpul, menusuk (*pricking*), terbakar, perih, berpindah-pindah, dan sebagainya.

5) Pola nyeri

Perawat perlu meminta klien untuk mendeskripsikan aktivitas yang menyebabkan nyeri. Dalam hal ini, perawat juga meminta klien untuk mendemonstrasikan aktivitas yang menimbulkan nyeri.

6) Tindakan untuk menghilangkan nyeri

Perawat perlu menanyakan apa saja yang telah dilakukan klien dalam mengurangi nyeri. Selama upaya yang dilakukan pasien tidak menimbulkan masalah baru pada klien maka tindakan tersebut dapat dilanjutkan dengan memodifikasi tambahan pemantauan dari perawat. Akan tetapi, jika tindakan tersebut menimbulkan masalah baru, maka perawat harus menghentikannya dan mengganti tindakan tersebut dengan tindakan yang baru sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman perawat dalam ilmu keperawatan.

7) Gejala penyerta

Perawat perlu menanyakan adanya gejala penyerta yang sering menyertai nyeri seperti mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi dan gelisah.

f. Respons dan efek nyeri

Menurut Andarmoyo (2013), perawat perlu mengkaji efek yang membahayakan dari nyeri, yang dalam perkembangannya akan memengaruhi berbagai komponen dalam tubuh. Efek-efek tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Respon fisiologis

Mengamati dan memerhatikan respon fisiologis yang terjadi pada klien. Respon ini bisa meliputi respon stimulasi simpatik seperti dilatasi saluran bronkeolus, dan peningkatan pernapasan, peningkatan frekuensi denyut jantung, vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah), peningkatan kadar glukosa darah, diaphoresis, peningkatan ketegangan otot, dilatasi pupil, dan penurunan motilitas usus. Sementara respon stimulasi parasimpatik meliputi pucat, ketegangan otot, penurunan denyut jantung dan tekanan darah, pernapasan cepat dan tidak teratur, mual dan muntah, dan kelemahan atau kelelahan.

2) Respon perilaku

Mengamati dan memerhatikan pula respon perilaku yang terjadi pada klien. Respons ini bisa beragam dan sangat tergantung dengan paparan dan toleransi klien terhadap nyeri. Perilaku efek nyeri pada klien meliputi, vokalisasi (mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur), ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, mengenyitkan dahi, menutup mata atau mulut dengan lebar, menggigit bibir), gerakan tubuh (gelisah, mobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan, gerakan melindungi tubuh), dan interaksi sosial (menghindari percakapan, focus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri, menghindari kontak sosial, penurunan rentang perhatian).

### 3) Efek terhadap aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri, biasanya akan mempunyai efek terhadap aktivitas sehari-hari yang dijalankan. Hal-hal yang perlu ditanyakan meliputi, bagaimana kemampuan klien dalam berpartisipasi terhadap aktivitas sehari-hari, apakah aktivitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau perlu bantuan, bagaimana kemampuan klien dalam *hygiene* normal (seperti mandi, berpakaian, mencuci rambut), bagaimana kemampuan dalam mempertahankan hubungan seksual normal, dan bagaimana kemampuan individu dalam melakukan pekerjaan.

#### g. Persepsi terhadap nyeri

Perawat perlu mengkaji persepsi klien terhadap nyeri yakni bagaimana anggapan klien terhadap masalah yang dihadapinya saat ini, dan bagaimana klien menghubungkan antara nyeri yang dialaminya dengan proses penyakit atau hal lain dalam diri atau lingkungan di sekitarnya (Andarmoyo, 2013).

#### h. Mekanisme adaptasi terhadap nyeri

Dalam menyikapi dan beradaptasi dengan nyeri yang ia rasakan masing-masing individu memiliki cara yang berbeda. Perawat perlu mengkaji cara-cara apa saja yang biasa dilakukan klien dalam menurunkan nyeri yang dialami. Perawat bisa memasukkannya dalam rencana tindakan keperawatan apabila cara tersebut bisa digunakan (Andarmoyo, 2013).

## **2. Diagnosis**

Diagnosis keperawatan yaitu suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu



klien mencapai kesehatan yang optimal. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016). Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam penelitian ini adalah ketidaknyamanan pasca partum.

Tabel 1  
Tabel Diagnosis Keperawatan

Ketidaknyamanan pasca partum	
Kategori : psikologis	
Subkategori : nyeri dan kenyamanan	
Definisi : perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan	
Penyebab : trauma perineum selama persalinan dan kelahiran	
Gejala dan tanda mayor	
Subjektif a. Mengeluh tidak nyaman	Objektif a. Tampak meringis b. Terdapat kontraksi uterus c. Luka episiotomi d. Payudara bengkak
Gejala dan tanda minor	
Subjektif a. Tidak tersedia	Objektif a. Tekanan darah meningkat b. Frekuensi nadi meningkat c. Berkeringat berlebihan d. Menangis/merintih e. Haemorroid (wasir)

(Sumber : PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

### 3. Perencanaan

Perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Perawat menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan pada langkah ini. Dari pernyataan tersebut

diketahui bahwa membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013). Menurut Nurarif & Kusuma (2015) perencanaan untuk masalah keperawatan ketidaknyamanan pasca partum akibat dari nyeri akut yang dialami oleh ibu primipara, yaitu sebagai berikut :

a. Tujuan berdasarkan *Nursing Outcome Classification* (NOC) :

- 1) *Pain level* (tingkat nyeri)
- 2) *Pain control* (pengendalian nyeri)
- 3) *Comfort level* (tingkat kenyamanan)

b. Adapun kriteria hasil yang diharapkan :

- 1) Pasien mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Pasien melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Pasien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

c. Intervensi keperawatan berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) :

- 1) *Pain management* (manajemen nyeri)
  - a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
  - b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
  - c) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.

- d) Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
- e) Kurangi faktor presipitasi nyeri.
- f) Ajarkan teknik nonfarmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam.
- g) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
- h) Tingkatkan istirahat.
- i) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.
- j) Monitor tanda-tanda vital

#### **4. Pelaksanaan**

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2006). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahap perencanaan atau intervensi. Terdapat beberapa tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi ketidaknyamanan akibat dari rasa nyeri yang dialami oleh ibu post partum. Implementasi lebih ditujukan pada upaya tindakan pereda nyeri nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam (Andarmoyo, 2013).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Potter & Perry, 2006). Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah ketidaknyamanan pasca partum

yaitu dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespons rangsangan nyeri (Andarmoyo, 2013).

Tabel 2  
Evaluasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1.	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran	<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 : Asmadi, *Konsep Dasar Keperawatan*, 2008)