

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Meningkatkan Adaptasi Nyeri Melahirkan Kala 1

1. Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan respirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen dalam darah (Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, 2002)

Pada kala I persalinan, teknik relaksasi pernapasan dapat memperbaiki relaksasi otot-otot abdomen dan dengan demikian meningkat ukuran rongga abdomen. Keadaan ini mengurangi friksi/gesekan dan rasa nyeri antara rahim dan dinding abdomen. Karena otot-otot genitalia juga menjadi lebih rileks, otot-otot tersebut tidak mengganggu penurunan janin. Umumnya, pernapasan perut yang perlahan, kira-kira separuh kecepatan normal pernapasan seorang ibu bersalin, dimulai ketika ibu bersalin tidak dapat lagi berjalan atau berbicara selama kontraksi berlangsung karena frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, ibu bersalin perlu mengganti teknik dengan pernapasan dada, pernapasan yang lebih dangkal dengan kecepatan kira-kira dua kali kecepatan napas normal. Saat yang paling sulit untuk tetap mempertahankan kontrol selama kontraksi pada saat

dilatasi serviks mencapai 8-10 cm. periode ini juga disebut periode transisi. Bahkan bagi ibu bersalin yang telah melakukan persiapan untuk persalinannya, konsentrasi pada teknik pernapasan sukar dipertahankan. Jenis yang dapat digunakan yaitu pola perbandingan 4:1, yaitu : napas, napas, napas, napas, hembus (seperti ketika meniup lilin).

2. Tujuan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut (Suratun, 2012) ada beberapa tujuan pemberian relaksasi nafas dalam:

- a. Meningkatkan ventilasi alveoli
- b. Mempertahankan pertukaran gas
- c. Mengatur frekuensi dan pola nafas
- d. Memperbaiki fungsi diafragma
- e. Mencegah atelectasis
- f. Menurunkan kecemasan
- g. Meningkatkan relaksasi otot
- h. Mengurangi udara yang terperangkap
- i. Meningkatkan inflasi alveolar
- j. Meningkatkan mekanisme batuk agar efektif
- k. Memperbaiki kekutan otot-otot pernafasan
- l. Memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis

3. Nyeri Melahirkan Pada Persalinan Normal

Persalinan diawali dengan penurunan hormon progesterone. Respon tersebut memberikan umpan balik ke hipotalamus untuk mensekresi oksitosin yang dikeluarkan melalui hipofisis posterior. Pengaruh dari oksitosin membuat terjadinya kontraksi otot myometrium yang berdampak terhadap munculnya respon nyeri

dari ibu. Nyeri melahirkan berbeda dengan karakteristik jenis nyeri yang lain. Nyeri melahirkan adalah bagian dari proses normal, dapat diprediksi munculnya nyeri yakni sekitar hamil aterm sehingga ada waktu untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi, nyeri yang muncul adalah bersifat akut memiliki tanggung waktu yang singkat, munculnya nyeri secara intermitten dan berhenti jika proses persalinan sudah berakhir. Terdapat 2 fase pada kala 1 yaitu: fase laten pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam sedangkan fase aktif yaitu pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam fase aktif terbagi atas fase akselerasi (sekitar 2 jam), fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm, fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+10 cm). Hampir semua ibu mengalami nyeri melahirkan. Melahirkan tanpa nyeri hanya dirasakan oleh sedikit ibu hamil. Nyeri sangat sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Nyeri bersifat subjektif artinya antara satu individu dengan individu lainnya berbeda dalam menyikapi nyeri tersebut. Perbandingan skala nyeri dengan indeks nyeri (0-50) MPI (McGill Pan Index) pada beberapa kondisi yang berbeda-beda yakni : persalinan primipara skala indeks nyeri 38, persalinan multipara skala indeks nyeri 30. dari 78% primipara di temukan 37% nyeri berat, 35% nyeri sangat hebat (intolerable) dan 28% nyeri sedang (Manurung, 2011)

Rasa nyeri akibat perubahan serviks dan iskemia Rahim ialah nyeri visera. Nyeri ini berasal dari bagian bawah abdomen dan menyebar ke daerah lumbal punggung dan menurun ke paha. Biasanya ibu bersalin mengalami rasa nyeri ini hanya selama kontraksi dan bebas dari rasa nyeri interval antarkontraksi. Nyeri melahirkan dapat berupa nyeri lokal disertai keram dan

sensasi robekan akibat regangan dan laserasi serviks, vagina, atau jaringan perineum. Rasa nyeri sering digambarkan sebagai sensasi terbakar yang dirasakan saat jaringan meregang. Rasa nyeri juga dapat beralih sehingga dapat dirasakan di punggung, di pinggang, dan di paha (Fauziah, 2015)

4. Etiologi

Menurut (Padila, 2014) rasa nyeri melahirkan muncul karena:

Banyak penelitian yang mendukung bahwa nyeri melahirkan kala 1 adalah akibat dilatasi serviks dan segmen uterus bawah, dengan distensi lanjut, peregangan, dan truma pada serat otot dan ligament yang menyokong struktur-struktur ini (bonika dan McDonald) menyatakan bahwa faktor berikut mendukung teori tersebut:

1. Peregangan otot polos telah ditunjukkan menjadi rangsangan pada nyeri visceral. Intensitas yang dialami pada kontraksi dikaitkan dengan derajat dan kecepatan dilatasi serviks dan segmen uterus bawah.
2. Intensitas dan waktu nyeri dikaitkan dengan terbentuknya tekanan intrauterin yang menambah dilatasi structural tersebut. Pada awal persalinan, terdapat pembentukan tekanan perlahan dan nyeri dirasakan kira-kira 20 detik setelah mulai kontraksi uterus. Pada persalinan selanjutnya, terdapat pembentukan tekanan lebih cepat yang mengakibatkan waktu kelambatan minimal sebelum adanya persepsi nyeri.
3. Ketika serviks dilatasi cepat pada wanita yang tidak melahirkan, mereka mengalami nyeri serupa dengan yang dirasakan selama kontraksi uterus.

Rangsangan persalinan kala 1 di transmisikan dari serat aferen melalui pleksus hipogastrik superior, inferior, dan tengah, rantai simpatik torakal bawah, dan

lumbal, ke ganglia akar saraf posterior. Nyeri dapat disebar dari area pelviks ke umbilicus, paha atas, dan area midsakral

5. Patofisiologi

Empat sumber potensial dari nyeri melahirkan terdapat pada sebagian besar persalinan spontan. Faktor fisik lain dapat mengubah nyeri persalinan, baik meningkatkan maupun menurunkan. Empat penyebab utama nyeri persalinan tersebut yaitu iskemia jaringan, dilatasi serviks, tekanan dan tarikan struktur pelvis serta distensi dari vagina dan perineum(Leifer, 2005)

Suplai darah ke uterus menurun saat kontraksi, sehingga menyebabkan hipoksia jaringan dan metabolisme anaerob. Dilatasi dan peregangan serviks dan uterus 10 bagian bawah merupakan penyebab nyeri yang paling utama. Stimulus nyeri dari dilatasi serviks berjalan melewati pleksus hipogastrik, masuk ke spinal cord T10, T11, T12, dan L1. Beberapa nyeri dihasilkan dari tekanan dan tarikan pada struktur pelvis seperti ligament, tuba falopi, ovarium, kandung kemih, dan peritoneum. Distensi dari vagina dan perineum terjadi saat penurunan janin, terutama terjadi saat kala dua. Nyeri dari distensi vagina dan perineum serta tekanan dan tarikan struktur ini masuk ke spinal cord pada S2, S3, dan S4(Patter, 2007)

Nyeri menghasilkan respon fisik dan refleksi aksi fisik. Kualitas dari nyeri fisik dapat digambarkan seperti tertusuk, terbakar, denyutan, tajam atau keram. Nyeri pada persalinan menimbulkan gejala yang dikenali. Peningkatan aktivitas system saraf simpatik dapat terjadi dalam respon rasa sakit yang mengakibatkan perubahan tekanan darah, nadi, respirasi dan warna kulit. Mual muntah dan keringat yang berlebihan juga dapat terjadi. Ekspresi afektif yang menunjukkan

penderitaan sering terlihat. Perubahan afektif termasuk peningkatan kecemasan, menggeliat, mengerang, menangis dan sering menggunakan isyarat. Nyeri akibat kontraksi bersifat intermiten yang dimulai dari punggung bagian bawah dan menjalar ke abdomen. Intensitas dari kontraksi menjadi semakin sering, lama dan intens. Nyeri dari tekanan dan peregangan saraf, organ dan jaringan serviks, vagina dan perineum semakin sering dan meluas ke waktu istirahat sebagai kemajuan penurunan janin (Rollant, 2001)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pemberian Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Meningkatkan Adaptasi Nyeri Melahirkan Kala I Pada Ibu Primigravida Dengan Persalinan Normal

1. Pengkajian

Menurut (Carpenito, 2009) Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Pengkajian nyeri yang faktual dan akurat di butuhkan untuk menetapkan data dasar, untuk menyeleksi terapi yang cocok dan untuk mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien adalah bahwa nyeri diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, dan data dijelaskan, serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Potter & Perry, 2006)

Menurut (Manurung, 2011) beberapa aspek yang perlu di perhatikan perawat dalam mengumpulkan gambaran nyeri ibu, pengkajian nyeri yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

2. Ekspresi Klien Terhadap Nyeri

Perawat harus mempelajari cara verbal dan non verbal ibu dalam mengkomunikasikan rasa ketidaknyamanan nyeri yang dialami. Sebagian klien tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan yang dialami dan tidak melaporkan/ mendiskusikan kondisinya. Oleh karena itu perawat membutuhkan informasi khusus ketika melakukan pengkajian

3. Klasifikasi Pengalaman Nyeri

Perawat mengkaji apakah nyeri yang dirasakan klien akut atau kronik. Apabila akut dibutuhkan pengkajian rinci tentang karakteristik nyeri dan apabila nyeri bersifat kronik, maka perawat menentukan apakah nyeri berlangsung intermiten, persisten atau terbatas

4. Karakteristik Nyeri

a. Onset dan durasi

Perawat mengkaji sudah berapa lama nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri kambuh, dan apakah munculnya nyeri itu pada waktu yang sama

b. Lokasi

Perawat meminta klien untuk menunjukkan dimana nyeri terasa, menetap atau terasa pada menyebar

c. Intensitas nyeri

Perawat meminta klien menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Data tersebut data diperoleh dengan menggunakan alat bantu skala ukur. Klien ditunjukkan skala ukur, kemudian di suruh memilih rentang nilai yang sesuai dengan kondisinya. Skala ukur yang digunakan bisa berupa self report,

pengukuran dengan observasi dan pengamatan fungsional, sesuai dengan kemampuan pengamat.

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. Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST). P (paliatif atau provocative) merupakan yang menyebabkan timbulnya masalah, Q (quality dan quantitiy) merupakan kualitas dan kuantitas nyeri, R (Region) merupakan lokasi nyeri, Severity adalah keparahan dan T (timing) merupakan waktu (Andarmoyo, 2013)

Tabel 1
Analisis Simptom Pengkajian Nyeri

| P | Q | R | S | T |
|--|--|---|---|---|
| Apakah yang menyebabkan gejala ? | Bagaimana gejala nyeri dirasakan dan | Dimana gejala nyeri dirasakan? | nyeri dirasakan pada skala berapa ? | Kapan gejala mulai timbul? |
| Apa saja yang dapat mengurangi atau memperberatnya ? | Sejauh mana hal tersebut dirasakan sekarang ? | Apakah menyebar? | apakah ringan, | Seberapa sering gejala terasa? |
| Kejadian awal apakah yang dilakukan sewaktu gejala nyeri pertama kali dirasakan? | Apakah sangat dirasakan hingga tidak dapat melakukan aktivitas? | Apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan? | sedang, berat atau tidak tertahankan (0-10) | Apakah tiba-tiba atau bertahap? |
| Apakah yang menyebabkan nyeri? | | Apakah merambat pada leher atau merambat pada kaki? | | tanggal dan jam gejala terjadi? |
| Dimana Posisi nyeri? | | | | Apakah frekuensi setiap jam, hari, minggu, bulan, sepanjang hari, pagi, siang, malam? |
| Apakah yang timbul akibat Aktivitas tertentu? | Apakah lebih parah atau lebih ringan dari yang dirasakan sebelumnya? | | | |
| Apakah yang menghilangkan gejala nyeri ? | | | | Apakah mengganggu istirahat tidur? |
| Apakah yang memperburuk gejala nyeri? | | | | Seberapa lama gejala dirasakan? |

Surmber. Patricia Morton, Health Assement in Nursing. Springhouse Corporation, Springhouse permasyivaniz, 1991 dalam Priharjo (1996).

5. Kualitas Nyeri

Klien diharapkan dapat menggambarkan nyeri yang dirasakan klien mendeskripsikan apa yang dirasakan sesuai dengan kata-katanya sendiri. Perawat boleh memberikan deskripsi dari pertanyaan klien, bila klien tidak mampu menggambarkan nyeri yang dirasakan. Adapun kualitas nyeri yang diobservasi antara lain

a. Pola nyeri

Pola nyeri yang akan dideskripsikan adalah kejadian nyeri munculnya disaat kapan, istirahat atau aktivitas. Perawat meminta klien untuk mendeskripsikan aktivitas yang menyebabkan nyeri

b. Cara mengatasi

Tanyakan pada klien tindakan yang dilakukan apabila nyerinya muncul dan kaji juga apakah tindakan yang dilakukan klien itu bisa efektif untuk mengurangi nyeri.

6. Tanda Lain Yang Menyertai Nyeri

Kaji adanya penyerta nyeri, seperti mual, muntah, konstipasi, gelisah, keinginan miksi. Gejala penyerta memerlukan prioritas penanganan yang sama dengan nyeri itu sendiri.

7. Efek Nyeri Pada Klien

Nyeri merupakan kejadian yang dapat memicu stress dan stress dapat memicu kejadian nyeri. Sehingga kejadian nyeri dapat memicu kesejahteraan psikologis. Perawat harus mengkaji hal-hal berikut ini untuk mengetahui efek nyeri pada klien :

a. Tanda dan gejala fisik

perawat mengkaji tanda-tanda fisiologis, karena adanya nyeri yang dirasakan klien bisa berpengaruh pada fungsi normal tubuh

b. Efek tingkah laku

perawat mengkaji respon verbal, gerakan tubuh, ekspresi wajah, dan interaksi sosial. Laporan verbal tentang nyeri merupakan bagian vital dari pengkajian, perawat harus bersedia mendengarkan dan berusaha memahami klien. Tidak semua klien mampu mengungkapkan nyeri yang dirasakan, oleh karena itu perawat harus mewaspadaai perilaku klien yang mengindikasikan nyeri

c. Efek ADL

klien mengalami nyeri kurang mampu berpartisipasi secara rutin dalam aktivitas sehari-hari. Pengkajian ini menunjukkan sejauh mana kemampuan dan proses penyesuaian klien berpartisipasi dalam perawatan diri. Penting juga untuk mengkaji efek nyeri pada aktivitas sosial klien

1. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu melahirkan adalah nyeri melahirkan dengan memberikan prosedur teknik relaksasi nafas dalam saat persalinan normal dimana nyeri melahirkan merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan.(Tim Pokja DPP PPNI, 2017)

Tabel 2
Gejala dan Tanda Mayor dan Minor

| Gejala dan tanda mayor | |
|-------------------------------|--|
| Subjektif | Objektif |
| 1. mengeluh nyeri | 1. ekspresi wajah meringis |
| 2. perineum terasa tertekan | 2. berposisi meringankan nyeri |
| | 3. uterus terasa membulat |
| Gejala dan tanda minor | |
| Subjektif | Objektif |
| 1. mual | 1. tekanan darah meningkat |
| 2. muntah | 2. frekuensi nadi meningkat |
| | 3. ketegangan otot meningkat |
| | 4. Pola tidur berubah |
| | 5. fungsi berkemih berubah |
| | 6. diaforesis, |
| | 7.gangguan perilaku |
| | 8. perilaku ekspresif, muntah |
| | 9. pupil dilatasi, focus pada diri sendiri |

2. Intervensi

Pemberian prosedur teknik relaksasi nafas dalam untuk teknik di rencanakan untuk memberikan intervensi pada table di bawah ini khususnya yang di cetak tebal. Dalam penelitian ini akan digunakan perencanaan keperawatan pada kehamilan persalinan normal dengan diagnose keperawatan nyeri melahirkan berdasarkan NIC NOC edisi 5

Tabel 3
Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi |
|----|--|---|--|
| 1. | <p>Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks</p> <p>Definisi : pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan</p> <p>Batasan karakteristik mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan, ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus terasa membulat, mual, muntah, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, ketegangan otot meningkat, Pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaphoresis, gangguan perilaku, perilaku ekspresif, pupil dilatasi, muntah, focus pada diri sendiri.</p> | <p>NOC</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Mengenali kapan nyeri terjadi</p> <p>b. Menggunakan tindakan pengurangan rasa nyeri tanpa analgetik (nonfarmakologi)</p> <p>c. Melaporkan nyeri yang terkontrol setelah menggunakan langkah-langkah non farmakologi</p> <p>d. tanda-tanda vital dalam batas normal</p> | <p>NIC</p> <p>a. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</p> <p>b. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif</p> <p>c. Ajarkan menggunakan metode nonfarmakologi (teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>d. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan</p> <p>e. Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (mis: suhu, ruangan, pencahayaan, suara bising)</p> <p>f. Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan.</p> |

3. Implementasi

Implementasi adalah rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil yang dibuat. Sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi kesejahteraan individu menentukan pilihan berfokus pada pengobatan terapi non farmakologi. Terapi nyeri membutuhkan pendekatan yang individual, yang memungkinkan lebih di bandingkan dengan masalah klien lain. Perawat memberi dan memantau terapi non farmakologi agar kondisi pasien cepat membaik diharapkan bekerja sama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi.

Tabel 4
Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

| No. | Tindakan |
|-----|---|
| 1. | Mengecek program terapi medic |
| 2. | Mengucapkan salam terapeutik |
| 3. | Melakukan evaluasi dan validasi |
| 4. | Melakukan Kontrak (waktu,tempat,topik) |
| 5. | Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien |
| 6. | Persiapan alat: Bantal (1 buah) |
| 7. | Pasang sampiran |
| 8. | Atur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk ditempat tidur atau dikursikan atau dengan lying position (posisi berbaring) di tempat tidur atau di kursi dengan satu bantal |
| 10. | Fleksikan lutut klien untuk merilekskan otot abdomen |
| 11. | Tempatkan satu atau dua tangan pada abdomen, tepat dibawah tulang iga |
| 12. | Minta klien untuk menarik nafas dalam melalui hidung, jaga mulut tetap |

-
- tertutup hitung sampai 3 selama inspirasi
13. Konsentrasi dan rasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik nafas dengan cepat, lalu nafas kuat lewat hidung
 14. Hembuskan udara lewat 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 nafas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan nafas yang sempit
 15. Konsentrasi dan rasakan turunya abdomen dan konsentrasi abdomen ketika ekspirasi. Hitung sampai 7 selama ekspirasi
 16. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan respon klien
-

4. Evaluasi

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar.2010).

Tabel.5

Evaluasi Penelitian Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam untuk Meningkatkan Adaptasi Nyeri Melahirkan kala I Pada Ibu Primigravida Dengan Persalinan Normal.

| No | Diagnosa Keperawatan | Evaluasi |
|----|---|---|
| 1. | Nyeri Melahirkan Berhubungan Dengan Persalinan Normal | S : a. Klien mengatakan mengetahui cara teknik relaksasi nafas dalam b. Klien mengatakan memahami pengobatan non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam O : a. Tanda-tanda vital dalam batas normal b. Klien mengenali kapan nyeri terjadi c. Melaporkan nyeri yang terkontrol setelah menggunakan langkah non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam A : a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil b. Tujuan belum tercapai apabila respon klien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan P : a. Pertahankan kondisi klien apabila tujuan tercapai b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu di capai oleh klien |