

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Nyeri pada Kanker Payudara *Post* Kemoterapi

a. Kanker Payudara

Kanker payudara terjadi akibat pembelahan sel secara abnormal dan meluas dengan cepat pada jaringan payudara, kemudian terbentuk massa atau tumor. Sel kanker ini biasanya mulai terbentuk di jaringan lobulus atau susu yang menghasilkan susu di payudara. Bentuk paling dini dari kanker ini disebut *in situ*, tidak berbahaya dan dapat terdeteksi saat tahap awal. Sel kanker dapat meluas ke saluran di sekitar payudara yang dikenal sebagai invasi. Invasi menciptakan tumor yang menimbulkan munculnya area yang lebih tebal atau benjolan. Kanker yang bersifat invasive dapat meluas ke kelenjar getah bening atau pada area lain di sekitarnya yang disebut metastatis dan dapat sangat berbahaya sehingga menyebabkan kematian (WHO, 2024).

b. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan pengobatan kanker dengan menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel kanker, yang bekerja dengan membunuh sel kanker dengan cara menghentikan pertumbuhan dan pembelahan sel kanker tersebut. Dapat diberikan melalui pembuluh darah atau infus, obat tablet, disuntikkan ke rongga tubuh, obat oles untuk kulit, tetapi paling sering diberikan

melalui suntikan atau infus. Kemoterapi memiliki efek samping mual muntah, rambut rontok, diare dan sulit BAB, sariawan, kekurangan darah, mudah terserang infeksi, kelelahan, nyeri, dan baal atau kebas (Kemenkes, 2025).

c. Nyeri

Rasa nyeri yang disampaikan *International Association for the Study of Pain* (IASP) tahun 2022, yaitu peristiwa tidak nyaman secara psikologis maupun fisik, biasanya disebabkan oleh jaringan yang mungkin akan rusak atau sudah rusak. Perasaan ini menjadi sinyal bahwa ada kemungkinan cedera pada jaringan.

Nyeri yang dirasakan pasien kanker payudara setelah menjalani kemoterapi yaitu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari pemberian agen kemoterapi. Nyeri ini dapat terjadi karena kerusakan jaringan, iritasi saraf, atau perubahan fungsi sistem saraf perifer dan sentral yang ditimbulkan obat sitotoksik (Yusak Mangara, 2021).

d. Patofisiologi Nyeri

Kemoterapi merupakan salah satu metode pengobatan yang digunakan untuk kanker. Nyeri *post* kemoterapi pada pasien kanker payudara terutama berkaitan dengan efek neurotoksik agen kemoterapi terhadap sistem saraf perifer dan sentral. Agen kemoterapi seperti *taxane* (*paclitaxel*, *docetaxel*), *platinum*, dan

vinca alkaloid diketahui memiliki efek toksik terhadap saraf sensorik, yang dapat menyebabkan kondisi yang dikenal sebagai *chemotherapy-induced peripheral neuropathy* (CIPN). Obat-obatan ini mengaktifkan sel *glial* pada *ganglion radiks dorsalis* yang mengakibatkan menurunnya ambang nyeri. Peningkatan pada reseptor natrium dan kalsium di area tersebut yang menghasilkan *reactive oxygen species* (ROS) dan mengganggu metabolisme mitokondria, serta memproduksi mediator inflamasi seperti TNF, IL-6, IL-1 β yang dapat merusak jaringan saraf secara langsung (Mangara, 2021).

e. Teori Nyeri *Gate Control*

Melzack dan Wall, tokoh yang pertama kali mengenalkan teori *gate control* tahun 1965, menyatakan pemahaman dasar tentang pengelolaan nyeri di sistem saraf pusat. Menjelaskan bahwa stimulus nyeri dapat dihambat atau difasilitasi oleh “gerbang” di sumsum tulang belakang yang memodulasi sinyal nyeri berdasarkan berbagai faktor seperti emosional dan mental. Menunjukkan bahwa teknik relaksasi dan terapi psikologis membantu pasien mengelola persepsi nyeri dengan lebih baik yang merefleksikan kontrol yang lebih besar terhadap pengalaman nyeri (Apridawati *et al.*, 2025).

Hand massage therapy bekerja menurunkan nyeri melalui integrasi mekanisme neurologis dan biokimia. Berdasarkan Teori *Gate Control* (Melzack & Wall, 1965), pijatan pada tangan

menstimulasi serabut saraf perifer A-beta yang berdiameter besar. Stimulasi ini menghantarkan impuls sensorik lebih cepat ke *kornu dorsalis medula spinalis* dibandingkan impuls nyeri yang dibawa oleh serabut saraf kecil A-delta dan C. Aktivitas serabut A-beta ini secara mekanis "menutup gerbang" transmisi nyeri di *substansia gelatinosa*, sehingga sinyal nyeri dari area tubuh yang sakit terhambat dan tidak sampai ke *korteks serebral* untuk dipersepsikan (Potter & Perry, 2021).

Secara simultan, terapi ini memicu sistem analgesik endogen dengan merangsang pelepasan neurotransmitter berupa endorfin dan enkefalin (Guyton & Hall, 2020). Hormon-hormon ini berfungsi sebagai pereda nyeri alami yang meningkatkan ambang batas nyeri pasien dengan cara berikatan pada reseptor opioid di sistem saraf pusat. Selain itu, manipulasi jaringan lunak secara ritmis menurunkan aktivitas saraf simpatis, yang berdampak pada penurunan kadar hormon kortisol (stres) dan peningkatan hormon oksitosin (Guyton & Hall, 2020).

Teori ini didukung oleh penelitian-penelitian yang sudah ada. Salah satunya penelitian oleh Dickerson (2017) yang menyoroti penggunaan stimulasi spinal untuk mengurangi persepsi nyeri melalui mekanisme kontrol gerbang, di mana sinyal non-nyeri yang dihasilkan dari stimulasi saraf dapat menghalangi atau mengurangi pengalaman nyeri. Penelitian ini menunjukkan teori *Gate Control*

dapat menjadi landasan penting dalam proses kompleks yang mendasari pengalaman nyeri serta penerapan yang mungkin diberikan untuk menurunkan rasa nyeri pada penderita kanker payudara (Apridawati *et al.*, 2025).

f. Pengkajian Skala Nyeri *Numeric Rating Scale* (NRS)

Pengkajian pada nyeri menjadi hal penting yang bertujuan untuk menentukan keefektifan terapi yang diberikan. Penilaian pada awal-awal dan komunikasi yang baik pada responden sangat diperlukan (Fadlilah dkk, 2025).

Pengkajian nyeri ini dilakukan dengan menggunakan skala 0-10. Responden diminta untuk menunjuk skala nyeri yang dialami pada salah satu angka yang dianggap paling tepat untuk menggambarkan nyeri tersebut. Skala 0 dikatakan tidak ada nyeri, skala 1-3 dinyatakan sebagai nyeri ringan, skala 4-6 dikatakan sebagai nyeri sedang, skala 7-9 dikatakan sebagai nyeri berat, dan skala 10 dikatakan sebagai nyeri sangat berat (Kemenkes, 2022).



Gambar 2. 1. Pengukuran *Numeric Rating Scale* (NRS)

Sumber: Deborah Weatherspoon (2018)

Numeric Rating Scale (NRS) terbukti sebagai instrumen pengukuran nyeri yang valid dan reliabel. Penelitian metodologis yang dilakukan oleh Adha dan Komalasari (2024) pada 55 pasien nyeri punggung bawah non-miogenik menunjukkan bahwa uji validitas menggunakan *Pearson Product Moment* menghasilkan nilai koefisien korelasi yang sangat tinggi, baik pada pengukuran *intra-rater* ($r=0,942$; $p<0,001$) maupun *inter-rater* ($r=0,939$; $p<0,001$). Nilai korelasi tersebut lebih besar dibandingkan nilai r tabel (0,260), sehingga menegaskan bahwa NRS memiliki validitas yang sangat baik dalam mengukur intensitas nyeri. Selain itu, uji reliabilitas menunjukkan konsistensi pengukuran yang sangat tinggi, dengan nilai *Cronbach's Alpha* dan *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) masing-masing sebesar 0,970 untuk *intra-rater* dan 0,968 untuk *inter-rater*, yang mengindikasikan tingkat reliabilitas yang sangat baik. Penelitian ini juga melaporkan nilai *Standard Error of Measurement* (SEM) sebesar 0,20 yang menunjukkan kesalahan pengukuran yang minimal, serta nilai *Minimum Detectable Change* (MDC95) sebesar 0,55 yang menandakan bahwa perubahan skor nyeri sebesar atau lebih dari nilai tersebut mencerminkan perubahan klinis yang nyata. *Numeric Rating Scale* dinyatakan sebagai alat ukur nyeri yang akurat, konsisten, dan sensitif, sehingga layak digunakan dalam praktik

klinis maupun penelitian keperawatan untuk menilai intensitas nyeri (Adha dan Komalasari, 2024).

g. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri secara non-farmakologis menurut Kemenkes (2022), yaitu sebagai berikut:

- 1) Stimulasi atau *massage*: merelaksasi dan membuat perasaan nyaman yang ditimbulkan akibat dari otot yang rileks.
- 2) Kompres hangat atau dingin: mengurangi hormon prostaglandin agar reseptor nyeri bertahan dari rangsangan serta mengurangi tahapan inflamasi.
- 3) *Transcutaneous electric nerve stimulation* atau TENS: dipergunakan pada nyeri kronis dan nyeri akut yang menimbulkan rasa bergetar, kesemutan, dan berdengung di daerah yang nyeri.
- 4) Distraksi: mengalihkan fokus perhatian sehingga tidak memperhatikan sensasi nyeri yang dirasakan.
- 5) Teknik relaksasi: berupa terapi pijat yang mengurangi otot tegang yang menopang sensasi nyeri.
- 6) Visualisasi terpadu: menerapkan imajinasi serta visualisasi yang dapat menciptakan kenyamanan serta mengalihkan perhatian dari rasa nyeri.
- 7) Terapi musik: membelokkan perhatian dari rasa nyerinya sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan.

h. Peran Perawat dalam Tatalaksana Nyeri

Perawat mempunyai kontribusi utama dalam tatalaksana nyeri yang meliputi beberapa aspek. Berikut ini beberapa peran perawat menurut Junior *et al.* (2024):

1) Penilaian Nyeri

Bertanggung jawab dan berperan dalam penilaian nyeri secara menyeluruh. Penilaian yang tepat berperan penting dalam merancang rencana manajemen nyeri yang efektif.

2) Manajemen Nyeri Farmakologis

Kolaborasi pemberian analgetik sesuai program, termasuk opioid dan non-opioid.

3) Manajemen Nyeri Non-Farmakologis

Menerapkan intervensi seperti teknik relaksasi.

4) Edukasi dan Dukungan Emosional

Perawat dapat mendukung secara emosional dan menyampaikan edukasi mengenai nyeri dan bagaimana cara mengelola nyeri.

5) Evaluasi dan Penyesuaian Rencana Tindakan

Setelah menyusun intervensi, perawat mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan melalui penilaian berkelanjutan. Penyesuaian rencana keperawatan dilakukan berdasarkan respons pasien terhadap pengobatan yang sudah diberikan.

2. Konsep *Hand Massage Therapy*

a. Pengertian

Hand massage adalah salah satu metode relaksasi yang digunakan untuk meredakan rasa sakit dengan memberikan tekanan dan sentuhan lembut pada area di bawah kulit. Rangsangan pada kulit dapat mendorong tubuh memproduksi endorfin serta neurotransmitter lain yang dapat mengurangi rasa sakit (Ekawati *et al.*, 2023).

Penerapan *hand massage therapy* sebagai intervensi keperawatan non-farmakologis telah menjadi perhatian global dalam manajemen gejala kanker, terutama pada pasien paliatif dan *pasca*-bedah. Studi terbaru tahun 2026 dalam jurnal *Supportive Care in Cancer* mengungkapkan bahwa pemberian pijat tangan secara teratur (dua kali sehari selama 4 minggu) secara signifikan menurunkan intensitas nyeri yang diukur dengan *Visual Analog Scale* (VAS), sekaligus meningkatkan kualitas tidur dan kenyamanan umum pada pasien onkologi paliatif. Intervensi ini bekerja melalui mekanisme *Gate Control Theory*, di mana stimulasi sentuhan manual pada jaringan lunak membantu meredakan ketegangan otot dan memodulasi sistem saraf, sehingga mengurangi ketergantungan pasien pada obat-obatan analgesik.

b. Manfaat *Hand Massage Therapy*

Berikut ini adalah beberapa manfaat dari *hand massage therapy* menurut Cavdar *et al.*, 2020:

- 1) Mengurangi intensitas nyeri.
- 2) Meningkatkan relaksasi dan mengurangi stress.
- 3) Meningkatkan sirkulasi darah.
- 4) Memperbaiki kualitas tidur.
- 5) Mengurangi kelelahan.
- 6) Meningkatkan kenyamanan pasien.

c. Teknik *Hand Massage Therapy*

Terapi *hand massage* merupakan pendekatan non-farmakologis yang melibatkan pemijatan lembut pada tangan dan pergelangan tangan untuk merelaksasikan otot dan meningkatkan sirkulasi darah. Terapi ini dilakukan sekali dalam sehari berdurasi 15 menit, dan dilakukan 3 kali pertemuan menggunakan minyak zaitun secukupnya.

d. Standar Operasional Prosedur

Berikut standar operasional prosedur *hand massage therapy* yang dikutip dari Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024):

Tahap Pra Interaksi:

- 1) *Hand hygiene*.
- 2) Alat dan bahan disiapkan.

Tahap Interaksi:

- 1) Beri salam, perkenalkan diri perawat.
- 2) Cek identitas pasien.
- 3) Menyampaikan tujuan, manfaat, dan kontrak waktu lamanya tindakan terapi *hand massage* kepada pasien.
- 4) Berikan kesempatan pasien untuk bertanya.
- 5) Jaga privasi dan lingkungan pasien tetap aman dan nyaman.

Tahap Kerja:

- 1) Memposisikan pasien agar nyaman.
- 2) Pastikan lingkungan nyaman dengan pencahayaan yang cukup.
- 3) Gosok dengan gerakan lembut kedua telapak tangan menggunakan minyak zaitun.
- 4) Jepit tangan pasien (posisi telapak tangan pasien di atas) memakai celah antara kelingking dan jari manis.



Gambar 2.2. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

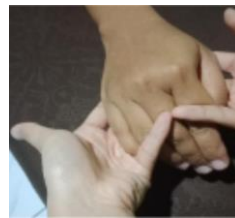
- 5) Memijat telapak tangan pasien dengan cara melingkar ke dalam dan ke keluar menggunakan ibu jari sejumlah 30 kali.



Gambar 2.3. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 6) Tangan pasien dijepit (letak punggung tangan di atas) memakai celah antara kelingking dan jari manis.



Gambar 2.4. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 7) Punggung tangan dipijat secara memutar dari dalam keluar menggunakan ibu jari sejumlah 30 kali.



Gambar 2.5. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

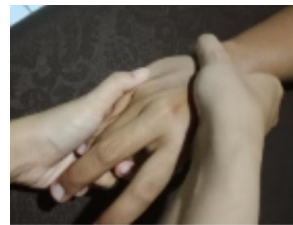
- 8) Menarik satu per satu jari tangan pasien (dengan frekuensi 1 jari 3 kali). Penarikan tidak diperbolehkan sampai berbunyi.



Gambar 2.6. *Teknik Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 9) Pergelangan tangan pasien diremas sejumlah 10 kali.



Gambar 2.7. *Teknik Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

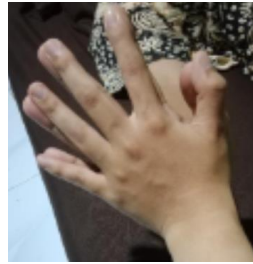
- 10) Jari pasien ditarik satu persatu (dengan frekuensi 1 jari 3 kali) dengan jepitan dua jari. Penarikan tidak diperbolehkan sampai berbunyi.



Gambar 2.8. *Teknik Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 11) Pastikan telapak tangan pasien dan perawat terlihat posisi tos, pergelangan tangan pasien dipegang tangan perawat satunya.



Gambar 2.9. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 12) Tangan pasien digerakkan mengarah memutar ke kanan sebanyak 5 kali dan ke kiri 5 kali.



Gambar 2.10. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 13) Pergelangan tangan pasien didorong ke depan sebanyak 5 kali dan didorong ke belakang 5 kali.



Gambar 2.11. Teknik *Hand Massage*

Sumber: Stikes Wiyata Husada Samarinda (2024)

- 14) Tangan pasien diremas dan dipijat dari bawah ke atas sampai siku sebanyak 5 kali.

15) Cuci tangan pasien dan keringkan.

16) Rapikan pasien seperti semula.

Tahap Terminasi:

1) Mengevaluasi hasil tindakan dan mencatat respon pasien.

2) Mendokumentasikan dalam lembar catatan.

e. Kontraindikasi

Melakukan *massage* dapat memberikan banyak manfaat, tetapi harus memperhatikan beberapa hal sebelum melakukannya. Dikutip dari *American Institute of Alternative Medicine* (2025), hal yang tidak diperbolehkan apabila:

1) Pada saat pasien dalam keadaan demam atau suhu tubuh di atas 37°C.

2) Pada pasien yang menderita pengerasan arteri.

3) Pada pasien penderita penyakit berat dan memerlukan istirahat yang cukup.

4) Pada pasien dengan penyakit syaraf yang parah.

5) Pada pasien dengan luka atau pembengkakan.

6) Pada pasien yang mengalami patah tulang.

7) Pada pasien yang mengalami peradangan akut seperti tuberkolosis dan radang kelenjar.

8) Pada pasien dengan kelainan pembuluh darah tertentu.

3. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Payudara

Berikut ini pengkajian asuhan keperawatan yang dapat diaplikasikan pada klien dengan gangguan reproduksi (Yodang & Nuridah, 2021):

a. Pengkajian

1) Anamnesis

Mayoritas kasus terdeteksi ketika pasien sendiri merasakan sesuatu yang tidak biasa, mengeluhkan adanya rasa sakit, ketidaknyamanan, atau ketegangan di area payudara.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien merasa terdapat benjolan pada payudara, terdapat luka, kulit kemerahan, menebal dan mengeras, serta bertekstur menyerupai kulit jeruk, keluarnya cairan dari puting, bisul atau nodul, pendarahan yang aktif, pembengkakan, serta rasa nyeri.

3) Riwayat Kesehatan Terdahulu

Terdapat riwayat *carcinoma mammae* atau abnormalitas pada *mammae*, pola makan tinggi lemak, pernah sakit bagian dada hingga dilakukan penyinaran, atau terjangkit penyakit kanker ovarium atau kanker serviks. Mengonsumsi pil hormon kontrasepsi dalam kurun waktu yang lama. Riwayat menstruasi, angka kehamilan, keguguran atau aborsi, dan menyusui.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ada atau tidak keluarga yang menderita sakit pada payudara hingga berpotensi kanker payudara atau adanya keluarga yang

sempat mengidap penyakit kanker lainnya.

5) Pemeriksaan Fisik (Yodang & Nuridah, 2021)

a) Thorax

(1) Inspeksi, melihat adanya lecet pada *mammae* yang mungkin merupakan kanker atau yang dikenal sebagai luka kanker berkembang, seperti perubahan pada kulit yang menyerupai kulit jeruk, adanya borok, perubahan warna merah pada kulit, tanda-tanda peradangan, keluarnya cairan dari puting susu, benjolan atau bisul, serta pendarahan aktif di area payudara.

(2) Palpasi, dilakukan untuk merasakan payudara keras dan nyeri saat ditekan jika tidak terdapat luka.

(3) Perkusi, dilakukan jika diduga ada metastatis dari kanker payudara untuk mengetahui suara paru-paru, terutama jika tidak ada luka pada payudara.

(4) Auskultasi, dilakukan jika metastatis kanker payudara dicurigai untuk mendengarkan suara di kedua paru-paru, kecuali jika terdapat luka pada payudara.

b) Ekstremitas

(1) Inspeksi, melihat adanya pembengkakan pada ekstremitas, terutama di ekstremitas bagian atas. Jika dicurigai bahwa kanker payudara telah menyebar,

maka perlu diperiksa untuk mengetahui apakah terdapat batasan dalam gerakan, termasuk nyeri sendi dan kekakuan.

- (2) Palpasi, ditentukan adakah kulit yang bengkak, terasa hangat, padat, atau keras.

6) Pengkajian Pola Gordon

a) Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- (1) Sebelum sakit, apakah berkala menjalani cek kesehatan, skrining atau pemeriksaan awal dengan SADARI di rumah. Memiliki rutinitas menggunakan obat hormonal, dan keteraturan dalam mendatangi layanan kesehatan.
- (2) Saat sakit, menilai gejala utama yang dialami, riwayat dari keluhan utama, dan riwayat penyakit, pernah mengalami kanker atau tumor, serta masalah payudara.

b) Aktivitas dan Latihan

- (1) Sebelum sakit, adanya kebiasaan beraktivitas fisik.
- (2) Saat sakit, adanya tenaga yang habis ketika beraktivitas.

c) Istirahat dan Tidur

- (1) Sebelum sakit, apakah menjumpai masalah tidur, kebiasaan sebelum tidur, dan jumlah waktu tidur dalam satu hari.

- (2) Saat sakit, apakah mengalami kesulitan tidur akibat penyakitnya.

d) Persepsi dan Konsep Diri

- (1) Sebelum sakit, bagaimana pasien menilai pribadi atau pandangan diri mereka.
- (2) Saat sakit, apakah merasakan minder dan merasa statusnya sebagai wanita hilang akibat penyakitnya.

e) Reproduksi dan Seksual

- (1) Sebelum sakit, apakah pernah menggunakan kontrasepsi melebihi lima tahun, riwayat menstruasi sebelum usia 12 tahun, usia menopause, pengalaman melahirkan dan meneteki, serta adanya masalah selama haid atau selama hubungan intim.
- (2) Saat sakit, apakah pasien mengalami masalah reproduksi, serta pemakaian kontrasepsi hormonal sampai sekarang.

f) Koping dan Toleransi Stress

- (1) Sebelum sakit, bagaimana cara mengatasi permasalahan, bercerita atau mengeluh, serta adanya masalah kesehatan mental.
- (2) Saat sakit, apakah merasakan cemas dan tidak berdaya akibat penyakitnya.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian klinis tentang bagaimana klien merespon gangguan kesehatan atau tahapan kehidupan yang mereka alami, baik yang sedang terjadi ataupun mungkin terjadi. Tujuan dari diagnosa keperawatan yaitu untuk mengenali bagaimana klien, keluarga bereaksi pada situasi yang berhubungan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang dapat timbul pada pasien dengan kanker payudara yaitu:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan neoplasma (D.0077).

c. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 1. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x pertemuan, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) (SLKI 2019) 1. Mengeluh nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Ketegangan otot menurun	Intervensi utama: Terapi Relaksasi (I.09326) Observasi 1. Identifikasi penyusutan tingkat energi, kegagalan konsentrasi, atau gejala yang menghambat kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah berhasil diterapkan. 3. Periksa kekakuan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan. 4. Monitor respons mengenai terapi relaksasi. Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan. 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan langkah teknik relaksasi. Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia. 2. Anjurkan mengatur posisi nyaman. 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi. 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih. 5. Peragaan dan latihan teknik relaksasi.

d. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan berupa serangkaian langkah yang dilaksanakan oleh perawat guna menunjang klien menanggulangi permasalahan kesehatan yang diderita, hingga memperoleh status kesehatan sejalan dengan kriteria hasil yang dituju. Perawat menjalankan rencana tindakan yang sudah dibuat, bermaksud membantu klien dengan memanfaatkan berbagai teori keperawatan serta pengetahuan klinis yang dimiliki agar intervensi yang dilakukan menjadi efektif dan efisien (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2019).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menjadi langkah terakhir dalam tahapan keperawatan yang dimaksudkan guna menyimpulkan akhir dari seluruh langkah keperawatan yang diaplikasikan berhasil dicapai. Maksud utama dari evaluasi yaitu mengetahui pencapaian pasien dalam mencapai tujuan. Ada dua jenis evaluasi, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (PPNI Tim Pokja SIKI DPP, 2019).

Evaluasi formatif adalah hasil observasi dan analisa yang dilakukan perawat terhadap respon pasien tepat sesudah tindakan keperawatan diberikan, kemudian dicatat pada dokumentasi perawat. Sementara itu, evaluasi sumatif adalah ringkasan dari pengamatan serta analisis kondisi pasien sesuai waktu evaluasi dan

tujuan yang ditetapkan, kemudian dicantumkan dalam dokumentasi perkembangan. Evaluasi dikerjakan sesuai pada SOAP, yaitu:

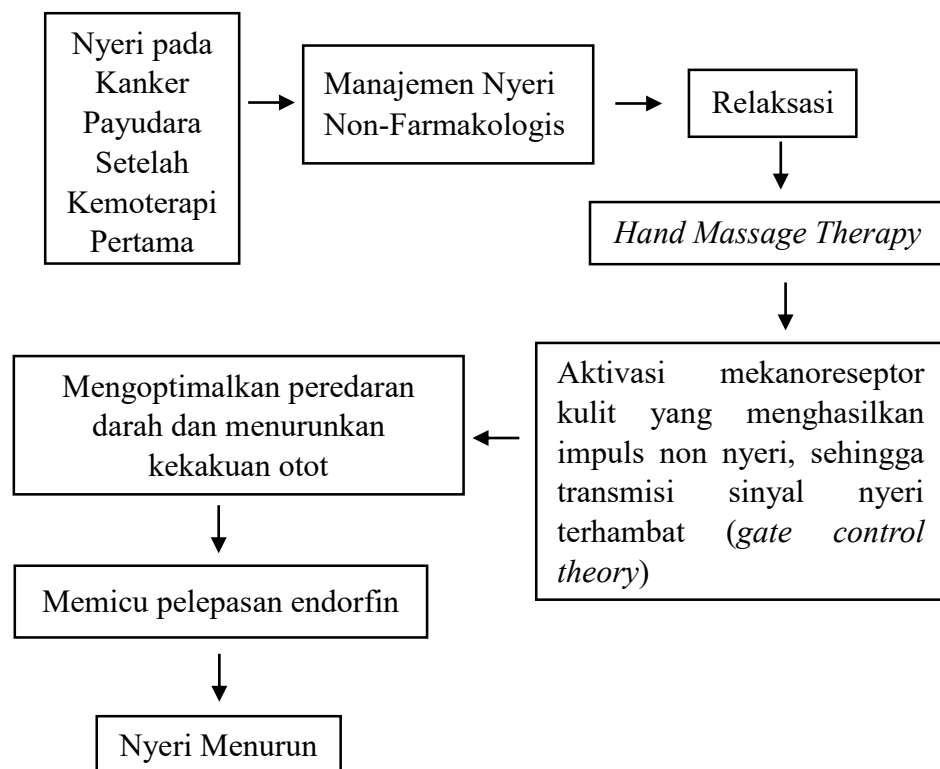
S: Data subjektif, data yang disampaikan pasien dan gambaran terhadap kondisinya.

O: Data objektif, perolehan informasi dari pengamatan perawat yang berkaitan dengan kondisi pasien.

A: Analisis, yaitu proses mengambil kesimpulan atau mengevaluasi data secara bersamaan.

P: Perencanaan, yaitu pembuatan rencana tindakan untuk mencapai kondisi kesehatan yang maksimal.

B. Kerangka Teori



Sumber: Ekawati *et al*, (2023), Mantika *et al*, (2023), Putri dan Lazuardi (2023), Maulidia *et al*, (2024), WHO, (2024).