

BAB 2

TUJUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan keperawatan kanker kolorektal

2.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang dapat dilakukan menurut wijaya dan putri (2013)

1. Biasanya identitas pasien terdiri dari: nama, umur, jenis, kelamin, status, agama, pekerjaan pendidikan alamat. Penanggung jawaban juga terdiri dari nama, umur penanggung jawab, hubungan dengan keluarga, dan pekerjaan.

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada post operasi colostomy yaitu nyeri. Nyeri timbul dari proses pembedahan.

3. Riwayat kesehatan sekarang (PQRST)

Biasanya pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen karena sudah melakukan tindakan colostomy, jadi pasien merasakan tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang. pasien juga tidak bisa bergerak banyak, tubuh pasien biasanya terasa lemas dan letih, dan nafsu makan menurun. Pengkajian dengan pendekatan yaitu menggunakan PQRST (Noor, 2016).

P (Provoking Incident): Pasien post operasi colostomy biasanya akan mengeluh nyeri dan nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak.

Q (Quality of Pain): Nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi colostomy seperti tersayat-sayat benda tajam.

R (Region): Nyeri dirasakan di daerah abdomen kanan dan kiri tidak menyebar ke bagian tubuh yang lain.

S (Severity/Scale of Pain): Skala nyeri yang dirasakan pasien post operasi colostomy biasanya mencapai skala 4-6 (nyeri sedang) hingga 7-9 (nyeri berat).

T (Time): Nyeri dirasakan terus menerus setelah efek anastesi hilang.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pernah menderita polip kolon, radang kronik kolorektal, dan kolitis ulseratif yang tidak teratasi, ada infeksi dan obstruksi pada usus besar, dan diet konsumsi diet tidak baik, tinggi protein, tinggi lemak, tinggi serat.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien, adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis lainnya.

6. Pola fungsi kesehatan

a) Pola Nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan, minum sehari-hari, jenis makanan apa saja yang sering dikonsumsi, makanan yang paling disukai, frekuensi makanannya

b) Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB, BAK, frekuensi, warna BAB, BAK, adakah keluar darah atau tidak, keras, lembek, cair.

c) Pola personal hygiene

Kebiasaan dalam pola hidup bersih, mandi, menggunakan sabun atau tidak, menyikat gigi.

d) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan istirahat tidur berapa jam, Kebiasaan – kebiasaan sebelum tidur apa saja yang dilakukan.

e) Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.

f) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kebiasaan merokok, mengkonsumsi minum-minuman keras, ketergantungan dengan obat-obatan (narkota).

g) Hubungan peran

Hubungan dengan keluarga harmonis, dengan tetangga, temanteman sekitar lingkungan rumah, aktif dalam kegiatan adat ?

h) Pola persepsi dan konsep diri

Pandangan terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga.

i) Pola nilai kepercayaan

Kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang di anut dan patuh terhadap perintah dan larangan-Nya.

j) Pola reproduksi dan seksual

Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluarga besarnya dan lingkungan sekitar.

7. Pemeriksaan fisik

a. Sistem pernafasan

- Inspeksi: bentuk hidung simetris, bentuk dada simetris, jalan nafas bersih, irama dan kedalaman teratur premitus normal krepitasi tidak.
- Palpasi: tidak terdapat nyeri, dan tidak ada lesi
- Perkusi : suara perkusi normal.
- Auskultasi : suara nafas vesikuler.

b. Sistem kardiovaskuler dan limfe

- Inspeksi : mukosa bibir merah muda, tidak terdapat cubbing finger, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.
- Palpasi : nadi normal, tidak terdapat capillary refill time.
- Perkusi : batas-batas jantung, perkusi jantung normal.
- Auskultasi : tidak terdapat kelainan

c. Sistem pencernaan

Inpeksi : Perut terlihat datar, terlihat stermar, Terdapat luka post operasi colostomy di bagian kuadran kana, bekas luka terlihat bersih dan bagus ada colostomy terletak sebelah kiri abdomen.

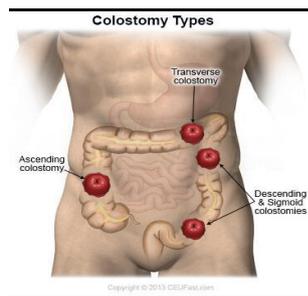
Palpasi : Nyeri tekan pada bagian area colostomy dan abdomen bekas operasi.

Perkusi : Tidak ada terdengar suara timpani ketika di perkusi.

Auskultasi : Pada di dengar kan dengan stetoskop bising usus pasien 6x/mnt

d. Sistem integument

- Inspeksi :
 1. Warna stoma (normal warna kemerahan)
 2. Tanda-tanda perdarahan (rubor,color,dolor)
 3. Keadaan kulit (lengket, kotor, bau)
 4. Haluan stoma
 5. Letak pada posisi abdomen kanan dan kiri



- Palpasi : turgor kulit menurun, terdapat edema

e. Sistem penglihatan

- 1) Inspeksi: bentuk mata, peradangan pada konjungtiva atau tidak. warna seklera, kelainan pada mata atau tidak, edema periobital
- 2) Palpasi : tekanan intraokuler
- 3) Test snallen

f. Sistem pendengaran

- 1) Inspeksi : kesimetrisan pinna kanan dan kiri
- 2) Palpasi : nyeri pada post auricle atau tidak
- 3) Test kemampuan pendengaran : garputala, detak jantung, test berbising

- g. Sistem perkemihan
 - 1) Inspeksi: terdapat edema pada ekstremitas interior atau tidak, keadaan meatus uretra, terpasang kateter urine
 - 2) Palpasi: keadaan kandung kemih tidak penuh, nyeri tekan
 - 3) Perkusi: nyeri ketuk pada ginjal
- h. Sistem muskuloskeletal
 - 1) Lokasi : bentuk tubuh tegap, keadaan umum lemah, bentuk ekstremitas atas bawah simetris, tidak edema, kemampuan dalam bergerak terbatas.
- i. Sistem endokrin
 - 1) Inspeksi : tidak terdapat pembesaran tyroid, lemah
 - 2) Palpasi : tidak ada kelenjar tyroid

2.1.2 Analisis Data

Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Masalah keperawatan
<p>Data mayor :</p> <p>Pasienn mengeluh nyeri berhubungan dengan adanya luka post operasi colostomy.</p> <p>Data minor:</p> <p>Pasien tampak meringis skala nyeri 5</p>	<p>Colostomy</p> <p>↓</p> <p>Pasca bedah</p> <p>↓</p> <p>Luka pasca bedah</p> <p>↓</p> <p>kerusakan jaringan lunak pasca bedah</p> <p>↓</p> <p>respon serabut lokal</p> <p>↓</p> <p>nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

Sumber: Tim pokja SDKI DDPP PPNI

2.1.4 Diagonis keperawatan

Penilaian klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Dinarti & Yuli Muryanti, 2017). Diagnosa yang mungkin muncul menurut (PPNI, 2017):

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka post operasi Colostomy.
- 2) Risiko Gangguan integritas kulit ditandai dengan bahan kimia iritatif.
- 3) Resiko Infeksi ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.
- 4) Resiko Defisit Nutrisi ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi.
- 5) Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan efek tindskan/pengobatan (pembedahan post operasi colostoy).

Sumber: (wahyuningsih, 2018dan PPNI, 2017)

2.1.5 Intevensi

Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria hasil	Intervensi keperawatan (SIKI)
Nyeri akut	Kontrol Nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengenali penyebab nyeri 2. Pasien mampu menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgesik 3. Pasien tidak meringis 4. Pasien mampu melaporkan nyeri yang terkontrol 	Manajemen nyeri : Manajemen nyeri 1.Observasi a).Identifikasi lokasi karakteristik dan nyekala nyeri b)Identifikasi respon nyeri non verbal 2.Terapeutik a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik nafas

		<p>dalam)</p> <p>b)Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>3.Kolaborasi</p> <p>a)Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu.</p>
--	--	--

Sumber: Standar intervensi keperawatan indonesia & standar luaran keperawatan indoneisa (SIKI &SLKI,2018).

2.1.6 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

2.1.7 Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Menurut Tim pokja SLKI DPP PPNI,(2019) Teknik Pelaksanaan SOAP

- 1) S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan.
- 2) O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- 3) A (Analisis) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- 4) P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.2 Konsep Penyakit kanker kolorektal

2.2.1 Definisi

Kanker kolorektal merupakan penyakit keganasan yang menyerang usus besar (Manggarsari, 2013). Kanker kolorektal terjadi ketika makanan masuk ke dalam saluran pencernaan, kandungan air dalam makanan akan diserap oleh kolon. Residu makanan akan diubah menjadi feses/kotoran dengan bantuan bakteri pada usus besar.

2.2.2 Etiologi

Penyebab dari pada kanker kolon belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor risiko yang diduga bisa menyebabkan munculnya kanker kolon, antara lain (Mardanelna, 2014) :

- a. Usia lebih dari 40 tahun
- b. Riwayat polip kolon
- c. Adanya polip adematosa
- d. Riwayat keluarga dengan kanker kolon dalam keluarga
- e. Riwayat penyakit usus inflamasi klonis
- f. Makanan yang mengandung zat-zat kimia
- g. Makanan tinggi lemak

Faktor Resiko kanker kolon antara lain (Diyono & Mulyanti, 2013) :

- a. Usia lebih 50 tahun
- b. Kolitis ulserativa kronis (peningkatan risiko setelah riwayat 10 tahun).
- c. Penyakit Chron.
- d. Riwayat kanker kolon
- e. Diet tinggi lemak dan rendah serat.
- f. Predisposisi genetik.
- g. Sindrom poliposis.
- h. Penyakit imunodefisiensi.

2.2.3 Patofisiologi

Kanker kolon terutama berjenis histopatologis (95%) di mana adenokarsinoma muncul dari lapisan epitel dalam usus (endotel). munculnya kanker biasanya dimulai sebagai polip jinak yang kemudian dapat menjadi ganas dan menyusup, serta merusak jaringan normal dan meluas ke dalam struktur sekitarnya. kanker dapat berupa masa polipoid, besar, tumbuh ke dalam lumen, dengan cepat meluas ke sekitar usus sebagian dalam lumen, dan dengan cepat meluas ke sekitar usus sebagai striktura annular (mirip cincin). Lesi annular lebih sering terjadi pada bagian rektosigmoid, sedangkan lesi polipoid yang datar lebih sering terjadi pada sekum dan kolon ascendens (Mardalena, 2014).

Kanker yang ganas menyebar dengan ekstensi langsung ke organ terdekat, seperti dari kolon transversum ke lambung, saluran limfe dan hematogen, biasanya ke hati dan sel berkembang pada rongga peritoniesis kandung kemih, ureter dan organ reproduksi sering kali terlibat karna ekstensi langsung, metastasis berasal darah sering meluas ke hati, paru, ginjal dan tulang.

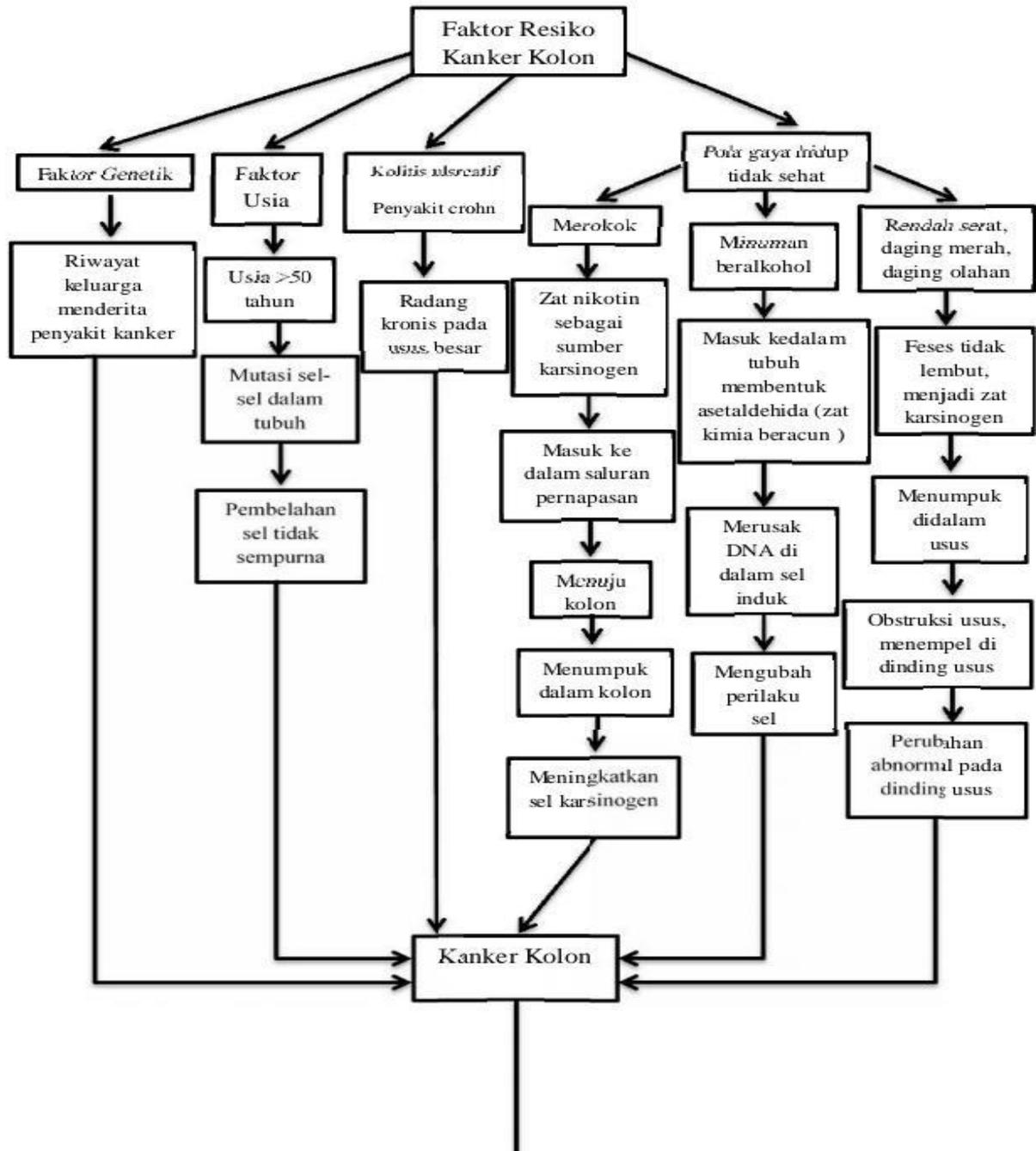
Secara umum, kanker pada usus halus dan kolon kanan cenderung lebih menyebabkan nyeri abdomen, kram, mual, dan muntah. oleh karena usus besar berdistensi. pada lokasi ini, lesi seringkali mengalami ulserasi, sehingga terjadi anemia, serta feses yang berwarna gelap dan coklat kemerahan, perubahan pola defekasi, nyeri abdomen, penurunan berat badan, anemia dan anoreksia. Bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (asendens dan transversum), maka obstruksi jarang terjadi. Hal ini dikarenakan feses masih mempunyai konsentrasi air yang cukup dan masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (Mardalena, 2014).

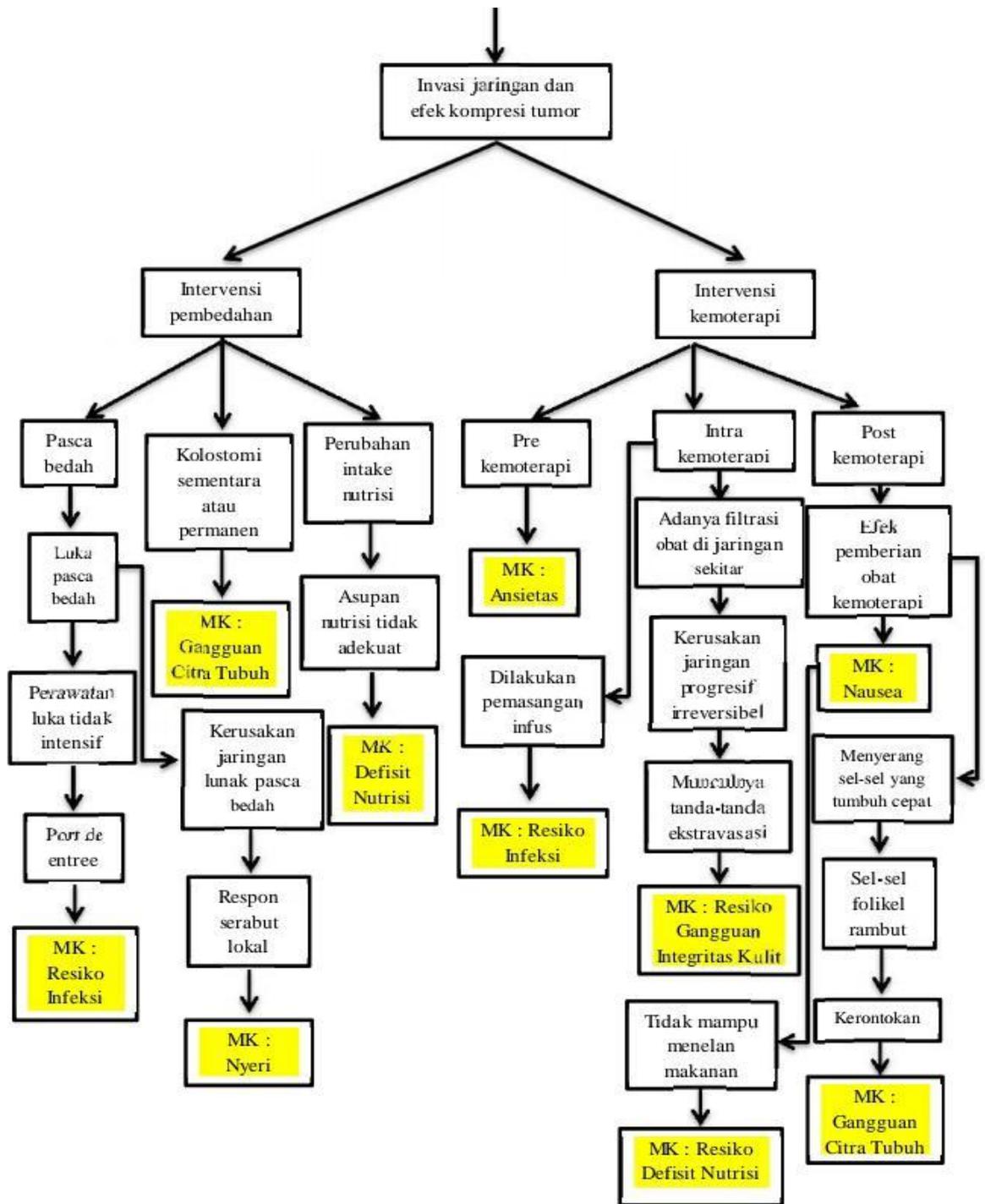
Jika adenoma tumbuh di dalam lumen luas (asendens dan transversum), maka obstruksi sporadis terjadi. Hal ini dikarenakan isi (feses masih mempunyai konsentrasi air cukup) masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengganti bentuk (dिसesuaikan dengan lekukan lumen karena tonjolan massa). tetapi bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (desenden atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena isi tak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. tetapi kejadian obstruksi tersebut bisa menjadi total atau parsial. Tindakan yang akan dilakukan adalah menggunakan melakukan tindakan pembedahan.

Bila adenoma tersebut tumbuh dan berkembang di daerah lumen yang sempit (desenden atau bagian bawah), maka obstruksi akan terjadi karena isi tidak dapat melewati lumen yang telah terdesak oleh massa. namun kejadian obstruksi tersebut dapat menjadi total atau parsial. Tindakan yang akan dilakukan ialah dengan melakukan tindakan pembedahan. Pembedahan yang akan dilakukan yaitu dengan pembuatan colostomy, prosedur ini melibatkan pembuatan saluran antara kolon dan dinding perut, dimana feses dapat lewat. colostomy dapat dilakukan pada kolon asendens, transversal, desendens atau sigmoid dan bisa bersifat permanen atau sementara.

Pembedahan yang akan dilakukan pada pasien colostomy yaitu dengan pembuatan colostomy, prosedur ini melibatkan pembuatan saluran antara kolon dan dinding perut, dimana feses dapat lewat. colostomy dapat dilakukan di kolon asendens, transversal, desendens atau sigmoid dan dapat bersifat permanen atau sementara. Pasien dengan colostomy akan mengalami gangguan citra tubuh. diperlukan pendidikan kesehatan dan dukungan emosional saat pasien memulai proses colostomy. penting juga untuk memberikan edukasi yang pelajari pasien untuk relaksasi nafas dalam biar tidak merasakan nyeri. (Mardalena, 2014).

2.2.4 Patway





Sumber: (wahyuningsih, 2018 dan PPNI, 2017)

2.2.5 Klasifikasi

Gejala sangat ditentukan oleh lokasi kanker, tahap penyakit, dan fungsi segmen usus tempat kanker berlokasi. Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi, pasase darah dalam feses, anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Gejala paling umum berkaitan dengan lesi sebelah kanan pada usus adalah nyeri dangkal abdomen dan melena (feses hitam, seperti ter). Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, penipisan feses, konstipasi dan distensi) serta adanya darah merah segar dalam feses (Mardalena, 2014).

Gejala umum yang dikeluhkan penderita kanker kolon adalah :

1) Hematokezia

Adalah munculnya darah segar pada tinja (feses). Sebagian besar penderita sering mempunyai keluhan buang air besar berdarah segar. Sumber perdarahan segar yang terbanyak dari kanker terletak di bagian distal kolon dari kanker, sigmoid, rektosigmoid, dan kolon descendens.

2) Wasir

Seseorang mempunyai keluhan buang air besar yang berdarah atau wasir yaitu karena adanya infeksi . Misalnya disentri basiler atau amoeba, *klitis ulseratif* (peradangan kronis yang terjadi pada usus besar/kolon). Selain itu juga karena keganasan. Letak karsinoma kolon di bagian proksimal lebih sering menimbulkan buang air besar darah lendir karena darah yang dikeluarkan oleh kanker tersebut sudah bercampur dengan tinja.

3) Obstruksi Saluran Cerna

Penderita sering merasakan gangguan dalam kebiasaan buang air besar, di antaranya tanda obstruksi sebagian (parsial) maupun obstruksi total sehingga timbul tanda-tanda ileus, buang air

besar berdarah lendir atau obstipasi beberapa hari. Yang menimbulkan tanda-tanda obstruksi (peyumbatan) umumnya kanker berbentuk sirkulasi dan anular yang menyebabkan terjadi penyempitan lumen usus. Bentuk striktura merupakan tumor yang sering menonjol dan mengisi seluruh lumen usus sehingga menyebabkan sumbatan total.

- 4) Nyeri Pasien biasanya merasakan nyeri pada saat BAB karna BAB sulit keluar, nyeri pada colostomy. (Ariani, 2015).

2.2.6 Pemeriksaan Diagnostik / Laboratorium

a. Barium Enema

1. Barium enema dapat digunakan pada endoskopi
2. Pada keadaan dimana endoskopi/kolonoskopi tidak tersedia Ba enema dapat digunakan untuk diagnosis, lokasi, fiksasi dengan jaringan sekitar, kanker sinkronos, ataupun lesi prakanker, seperti polips, *chronic ulcerative colitis/IBD*.

b. CT scan

Terutama ditunjukkan untuk melihat adanya metastasis pada hepar, KGB para-aorta, ataupun infiltrasi langsung ke organ sekitar.

c. MRI

Digunakan untuk menggantikan CT scan, terutama jika terdapat kontra indikasi penggunaan kontras (*enhancement cntrast material*)

d. PET Scan

Terutama digunakan untuk melihat adanya metastasis dai kanker kolon dan tidak untuk mendiagnosis tumor kolon primer.

e. Foto Thoraks & USG Hepar

Untuk tujuan mengetahui stadium M pada paru dan hepar, dan sebagai persiapan operasi. (Manuaba, 2014).

➤ **Laboratorium**

- a. Pemeriksaan marker kanker CEA (Carcino Embryonic Antigen), yang penting guna kepentingan monitor pascaterapi.

Jika pada pemeriksaan inisial tidak meningkat maka penggunaan CEA untuk follow up menjadi kurang penting.

- b. Pemeriksaan laboratorium lain adalah untuk melihat adanya peningkatan enzim transaminase sebagai penanda adanya metastasis pada liver/hati.
- c. Pemeriksaan rutin bertujuan sebagai persiapan operasi dan melihat adanya komorbiditas lain. (Manuaba, 2014).

2.2.7 Komplikasi

Biasanya kanker menyerang pembuluh darah dan sekitarnya dan menyebabkan perdarahan. kanker tumbuh kedalam usus besar dan secara berangsur-angsur membantu usus besar hingga pada akhirnya tidak bisa sama sekali. Perluasan kanker melebihi perut dan mungkin menekan organ yang berada disekitarnya. Seperti uterus, kandung kemih, dan ureter.

Komplikasi pada pasien dengan kanker kolon yaitu (Mardalena, 2014) :

- a. Pertumbuhan kanker dapat menyebabkan obstruksi usus parsial atau lengkap.
- b. Metastase menuju organ sekitar, melalui hematogen, limfogen dan penyebaran langsung.
- c. Pertumbuhan dan ulserasi dapat juga menyerang pembuluh darah sekitar kolon yang menyebabkan hemorragi.
- d. Perforasi usus dapat terjadi dan mengakibatkan pembentukan abses.
- e. Peritonitis dan atau sepsis dapat menimbulkan syok.
- f. Pembentukan abses.
- g. Pembentukan fistula pada urinari bladder atau vagina.

2.2.8 Penatalaksanaan

a. Intervensi terapeutik

Terapi radiasi dapat digunakan pada praoperasi untuk memperbaiki resektabilitas kanker atau pada pascaoperasi sebagai terapi adjuvan untuk mengatasi penyakit residu

b. Intervensi Farmakologis

a) Kemoterapi dapat digunakan sebagai terapi untuk memperbaiki masa bertahan hidup.

b) Dapat digunakan untuk penyakit residu, kekambuhan penyakit, kanker yang tidak dapat direseksi, dan penyakit metastase.

c. Intervensi Pembedahan

a) Reseksi usus segmen luas terhadap kanker, meliputi nodus limfe regional dan pembuluh darah.

b) Anastomosis kolon sembu, prosedur sekunder untuk membuka colostomy.

c) Colostmy loop sementara untuk mendekompresi usus dan mengalihkan aliran fekal, diikuti dengan reseksi usus lanjut, anastomosis, dan membuka colostomy.

d) Pengalihan colostomy atau *ileostomi* sebagai paliasi untuk kanker yang menyumbat dan tidak dapat direseksi.

e) Proktokolektomi total dan kemungkinan reservoir ileum, anastomosis anal, untuk pasien dengan adenoma poliposis familial dan *kolitis ulseratif* kronis sebelum kanker dipastikan.

f) Pembedahan yang lebih luas meliputi pengangkatan organ lain bila kanker telah menyebar (kantung kemih, uterus, usus halus). (Diyono & Mulyanti, 2013).

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Definisi

Nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian, dan variabel-variabel psikologis lainnya, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut (*Melzack dan Wall 1998 dalam Judha dkk,2012*).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).

2.3.2 Faktor- faktor penyebab Nyeri Akut

Ada beberapa faktor tertentu yang meningkatkan risiko kanker kolorektal. Beberapa risiko dapat dihindari dengan perubahan gaya hidup tetapi risiko lain tidak seperti riwayat dan usia keluarga tidak mungkin dihindari. Berikut faktor risikonya:

1. Berusia di atas 50 tahun;
2. Memiliki riwayat keluarga kanker kolorektal;
3. Punya riwayat pribadi polip adenomatosa sebelumnya;
4. Sering konsumsi alkohol;
5. Punya kebiasaan merokok;
6. Kelebihan berat badan atau obesitas;
7. Malas bergerak dan tidak mau aktif beraktivitas;
8. Terlalu sering mengonsumsi daging merah dan daging olahan;
9. Sering memasak daging pada suhu yang tinggi.

Penyebab :

- Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

- Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim pokja SDKI DPP PPNI,2017).

2.4 Tindakan Keperawatan Tarik nafas dalam

2.4.1 Definisi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman. Terapi standar relaksasi nafas dalam merupakan terapi non farmakologik. Terapi ini dapat mempengaruhi respon internal terhadap individu. Menurut asumsi peneliti bahwa terapi relaksasi nafas dalam ini mampu menurunkan skala nyeri seseorang karena membuat pasien merasakan tenang dan senang. Sehingga otot – otot yang tegang pun menjadi lebih rileks relaksasi nafas dalam merupakan suatu keadaan yang dapat menstimulus tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga sistem penghambat nyeri yang akan menyebabkan nyeri berkurang atau menurun (Rohmani, 2018).

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata.

2.4.2 Tujuan

Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kemasan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI)

2.4.3 Manfaat

Menurut Dsilvia & Muninarayanapa, N (2014)

- 1) Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman.

- 2) Mengurangi rasa nyeri.
- 3) Pasien tidak mengalami stress.
- 4) Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri.
- 5) Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri.
- 6) Relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau penglihatan perhatian.

2.4.4 Prosedur Tindakan Relaksasi Nafas Dalam

Menurut *Earnest* (1989) dalam Setyoadi & Kushariyadi (2011) teknik relaksasi nafas dalam dijabarkan seperti berikut :

- 1). Pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru dengan udara, dalam 3 hitungan (hirup, dua,tiga).
- 2). Udara dihembuskan perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi rileks dan nyaman. Lakukan penghitungan bersama pasien (hembuskan, dua, tiga).
- 3). Pasien bernafas beberapa pasien dengan irama normal.
- 4). Ulangi kegiatan menarik nafas dalam dan menghembuskannya, biarkan hanya kaki dan telapak kaki yang rilaks.perawat meminta pasien mengonsentrasikan pikiran pada kakinya yang terasa ringan dan hangat
- 5). Pasien mengulangi langkah keempat dan mengonsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot yang lain.
- 6). Setelah seluruh tubuh pasien rileks, ajarkan untuk bernafas secara perlahan-lahan. Bila nyeri bertambah hebat, pasien dapat bernafas secara dangkal dan cepat.