

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Pengertian

Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Nafas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (Black, 2014).

Latihan napas dalam yaitu bentuk latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusianah dkk, 2012).

Relaksasi napas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik napas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi dkk, 2011).

2. Manfaat

Relaksasi nafas dalam bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik ataupun stress emosional sehingga dapat menurunkan intensitas atau skala nyeri dan menurunkan kecemasan yang dirasakan seseorang.

Manfaat yang ditimbulkan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah mampu menurunkan atau menghilangkan rasa nyeri, meningkatkan ketenangan hati, dan berkurangnya rasa cemas (Smeltzer & Bare, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam juga memiliki berbagai manfaat seperti dapat menyebabkan penurunan nadi, penurunan ketegangan otot, penurunan kecepatan metabolisme, peningkatan kesadaran global, perasaan damai dan sejahtera, dan periode kewaspadaan yang santai (Potter & Perry, 2010).

3. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam yaitu 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.

4. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Atur posisi klien duduk atau tidur
- c. Atur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik. Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring di tempat tidur.
- d. Instruksikan klien untuk menarik atau menghirup nafas dalam dari hidung sehingga rongga paru-paru terisi oleh udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3-5 detik.
- e. Instruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut.
- f. Instruksikan klien untuk berkonsentrasi supaya rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan memejamkan mata.
- g. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang.
- h. Ulangi sampai 10 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
- i. Lakukan maksimal 5-10 menit.

B. Asuhan Keperawatan Ansietas

Kecemasan adalah emosi, perasaan yang timbul sebagai respon awal terhadap stress psikis dan ancaman terhadap nilai-nilai yang berarti bagi individu. Kecemasan sering digambarkan sebagai perasaan yang tidak pasti, ragu-ragu, tidak berdaya, gelisah, kekhawatiran, tidak tenang yang sering disertai keluhan fisik.

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Ansietas dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2013). Dalam asuhan keperawatan pada pasien ansietas terdapat beberapa tahapan antara lain :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien ansietas meliputi data :

a. Faktor Predisposisi

1.) Teori Psikoanalisa

- a.) Muncul konflik emosional antara id dan superego
- b.) Cemas reaksi fisiologis terhadap ketidakmampuan seksual

2.) Teori Interpersonal

- a.) Penolakan interpersonal
- b.) Proses kehilangan
- c.) Perpisahan

3.) Teori Behavior

Wujud frustrasi ketidakmampuan mencapai tujuan

4.) Teori biologis

Ketidakstabilan benzodiazepine, endorphin, dan neurotransmitter lain.

b. Faktor Presipitasi

- 1.) Ancaman Integritas fisik
- 2.) Ancaman terhadap konsep diri

c. Mekanisme Koping

Ansietas sedang dan berat dapat menimbulkan tipe mekanisme koping sebagai berikut:

1.) Task Oriented

Suatu tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistic :

a.) Perilaku menyerang (Agresif)

Untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk kepuasan.

b.) Menarik diri

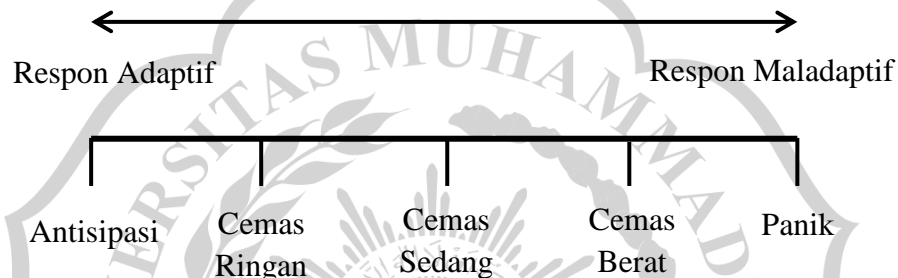
Untuk menghilangkan sumber-sumber ancaman fisik dan psikologis.

c.) Perilaku kompromi

Untuk memuaskan aspek kebutuhan pribadi.

2.) Mekanisme pertahanan ego

d. Rentang Respon



Keterangan :

1.) Antisipasi

Suatu keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan

2.) Cemas Ringan

Ketegangan ringan, penginderaan lebih tajam dan menyiapkan diri untuk bertindak.

3.) Cemas Sedang

Keadaan lebih waspada dan lebih tegang, lapangan persepsi menyempit dan tidak mampu memusatkan pada factor/peristiwa yang penting baginya.

4.) Cemas Berat

Lapangan persepsi sangat sempit, berpusat pada detail yang kecil, tidak memikirkan yang luas, tidak mampu membuat kaitan dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

5.) Panik

Persepsi menyimpang, sangat kacau dan tidak terkontrol, berpikir tidak teratur, perilaku tidak tepat dan agitasi/hiperaktif.

e. Gejala Kecemasan

1.) Respon Fisiologis

a.) Kardivaskuler

Palpitasi, Jantung berdebar, Tekanan darah meningkat, Rasa mau pingsan, Tekanan darah menurun, Nadi menurun.

b.) Respirasi

Nafas cepat, Pernafasan dangkal, Rasa tertekan pada dada dan tercekik, Terengah-engah.

c.) Neuromuskuler

Peningkatan reflek, Peningkatan rangsangan kejut, Mata berkedip-kedip, Insomnia, Gelisah, Wajah tegang, Kelemahan secara umum.

d.) Gastrointestinal

Kehilangan nafsu makan, Rasa tidak nyaman pada abdomen, Rasa tidak nyaman pada epigastrium, Nausea.

e.) Saluran kemih

Tidak dapat menahan BA, Tidak dapat menahan BAK,
Nyeri saat BAK.

f.) Integumen

Rasa terbakar pada wajah, Berkeringat setempat (telapak tangan), Gatal – gatal, Perasaan panas dan dingin pada kulit, Muka pucat, Berkeringat seluruh tubuh.

2.) Respon Perilaku

- a.) Gelisah
- b.) Ketegangan fisik
- c.) Tremor
- d.) Gugup
- e.) Bicara cepat

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan (Nursalam, 2015).

Diagnosa yang umum muncul pada pasien ansietas adalah : Stressor, ansietas, dan koping individu tidak efektif. Penyebab karena stressor, lalu muncul masalah utama dengan ansietas sehingga menyebabkan koping individu tidak efektif.

POHON MASALAH



3. Tindakan Keperawatan

Setelah diagnosis ditegakkan, perawat melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. Tindakan keperawatan pasien ansietas, yaitu sebagai berikut (Sutejo, 2019) :

Diagnosa : Ansietas

TUM : Klien akan mengurangi ansietasnya dari tingkat ringan hingga panik

TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Hasil :

- a. Ekspresi wajah bersahabat
- b. Pasien menunjukkan rasa senang
- c. Pasien bersedia berjabat tangan
- d. Pasien bersedia menyebutkan nama
- e. Ada kontak mata

Intervensi :

- 1.) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal
- 2.) Perkenalkan diri dengan sopan

- 3.) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- 4.) Jelaskan tujuan pertemuan
- 5.) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya

TUK 2 : Pasien dapat mengenali ansietasnya

Kriteria Hasil :

- a. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala ansietasnya

Intervensi :

- 1.) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan menguraikan perasaannya
- 2.) Hubungkan perilaku dan perasaannya
- 3.) Validasi kesimpulan dan asumsi terhadap pasien

TUK 3 : Pasien dapat mengurangi ansietasnya

Kriteria Hasil :

- a. Tingkat ansietas pasien berkurang

Intervensi :

- 1.) Menganjurkan keluarga untuk tetap mendampingi pasien
- 2.) Mengurangi atau menghilangkan rangsangan yang menyebabkan ansietas pada pasien

TUK 4 : Pasien dapat menggunakan mekanisme koping yang adaptif

Kriteria Hasil :

- a. Tingkat ansietas pasien berkurang

Intervensi :

- 1.) Dorong pasien untuk menggunakan respons koping adaptif yang dimilikinya
- 2.) Bantu pasien untuk menyusun kembali tujuan hidup, memodifikasi tujuan
- 3.) Beri aktifitas fisik untuk menyalurkan energinya

TUK 5 : Pasien mampu memperagakan dan menggunakan teknik relaksasi untuk mengatasi ansietas

Kriteria Hasil :

- a. Tingkat ansietas pasien berkurang dan pasien dapat mengendalikan gangguan ansietasnya atau ansietasnya

Intervensi :

- 1.) Pengalihan situasi
- 2.) Latihan relaksasi

TUK 6 : Meningkatkan pengetahuan dan kesiapan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan ansietasnya

Kriteria Hasil :

- a. Keluarga mengetahui masalah ansietas anggota keluarganya serta mengetahui cara perawatan dan penanganan anggota keluarga dengan gangguan ansietas

Intervensi :

- 1.) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- 2.) Diskusikan tentang penyebab dan akibat dari ansietas
- 3.) Diskusikan tentang ansietas, proses terjadinya ansietas, serta tanda dan gejala

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan, rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa yang cepat, intervensi diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. (Meirisa, 2013). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Proses evaluasi dapat dilakukan setelah teknik relaksasi nafas dalam yang diberikan pasien maupun pada akhir kegiatan.