

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Radikulopati Lumbal

2.1.1 Pengertian

Radikulopati lumbal adalah kelainan sistem saraf perifer yang terjadi saat radiks spinalis mengakibatkan terjadinya gangguan sensorik, defisit motorik atau refleks, serta kerusakan sensasi nyeri. Radikulopati lumbal di akibatkan dari adanya gangguan struktural dalam medulla spinalis serta vertebra yang mmeberikan gangguan pada radiks spinalis. (Nugraha et al., 2019).

2.1.2 Etiologi

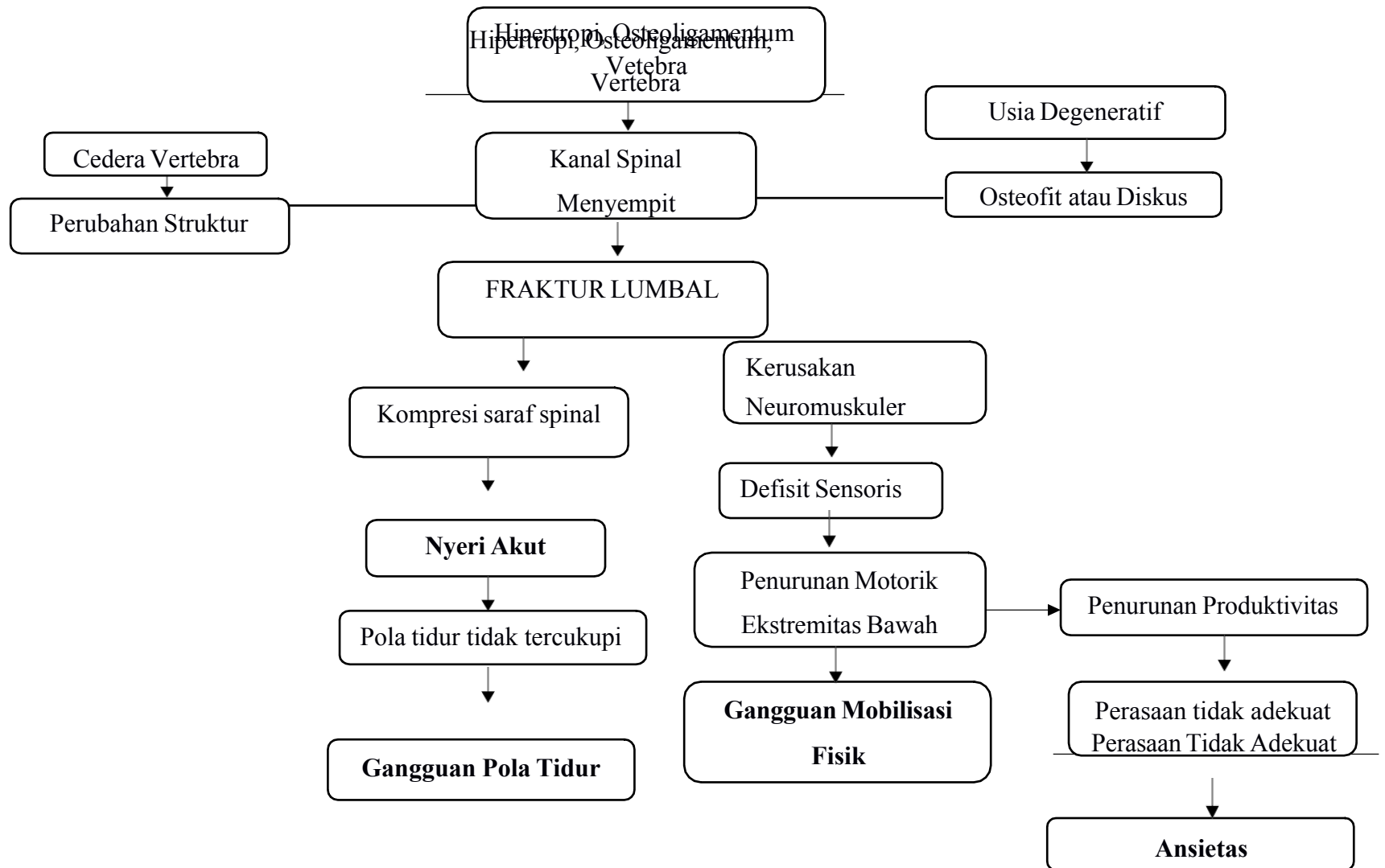
Faktor penyebab terjadinya lumbosakral adalah pekerjaan . Hal tersebut diakibatkan bahwa tingkat paparan membungkuk seperti mengangkat dan membawa benda di punggung dapat meningkatkan kejadian radikulopati lumbosacral. Namun, usia merupakan faktor risiko utama, karena terjadi akibat proses degenerative di dalam tulang belakang. Gejala biasanya dimulai pada usia paruh baya, dengan pria yang sering terkena di 40-an sementara wanita terpengaruh di usia 50-an dan 60-an. *Spondyloarthropathies* degenetif (yang didalamnya terdapat spondylosis lumbal) adalah penyebab utama radikulopati lumbal (Nugraha et al., 2019).

2.1.3 Patofisiologi

Pada nyeri radikuler, penting untuk meninjau neuronatomi manusia, yakni akar saraf yang keluar dari sumsum tulang belakang. Fraktur patologis vertebra dapat menyebabkan cedera pada akar saraf di tingkat vertebra yang lebih rendah. Penekanan radikuler sering terjadi di daerah proksimal ganglia akar dorsal relative terhadap neuroforamen dan korpus vertebra. Ketika ada cedera pada rami dorsal sumsum tulang belakang, mungkin sulit untuk melakukan dan mengevaluasi pemeriksaan neurologis menyeluruh. Ada persarafan yang tumpang tindih yang dapat menyebabkan rasa sakit, sehingga sulit menilai sepenuhnya patologi dalam otot paraspinal (Dydyk et al., 2019).

2.1.4 Patway

Sumber Buku : (Nugraha et al,2016)



2.1.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala meliputi sakit otot sekitar, nyeri yang terasa tajam, memburuk dengan membungkuk, mengangkat, berdiri atau berjalan, membaik dengan bawah, kesemutan, atau kelemahan otot yang menjalar ke bokong hingga pinggul dan selangkangan atau tungkai (Kemenkes, 2022).

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Mehnert, 2021) komplikasi dari penyakit radikulopati lumbal diantaranya yaitu :

- a. Gejala yang tersisa atau tertinggal sebagai akibat dari penyembuhan yang tidak sempurna.
- b. Nyeri dan kehilangan kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh yang menyebabkan hilangnya fleksibilitas untuk menggerakkan anggota tubuh.
- c. Nyeri dengan terus-menerus disertai dengan nyeri kepala.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Berry et al., 2019). Setelah pemeriksaan fisik dilakukan, selanjutnya pada pasien radikulopati lumbal akan melakukan pemeriksaan dengan cara :

- d. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI tanpa kontras dapat menjadi modalitas pencitraan yang optimal untuk evaluasi pasien radikulopati. MRI vertebra lumbar tanpa kontras yang dapat menunjukkan kompresi pada radiks saraf yang terkena.

e. Rontgen Lumbar

Pada pemeriksaan rontgen lumbar ini dapat memvisualisasikan pada tulang seperti fraktur, pemendekan celah antar vertebra, atau perubahan yang disebabkan oleh kondisi degenerative.

f. CT -scan

Pemeriksaan ini dapat memberikan visualisasi yang baik komponen tulang servikal dan sangat membantu apabila ada fraktur akut.

g. Elektromiografi (EMG)

Pada pemeriksaan EMG membantu untuk mengetahui apakah terdapat gangguan yang bersifat neurogenic atau tidak, karena pasien dengan spasme otot, artitis juga mempunyai gejala yang sama. Selain itu juga untuk menentukan level dari iritasi kompresi radiks.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut (Alexander CE, 2020). Penatalaksanaan radikulopati lumbal bergantung pada penyakit yang mendasari dan derajad gejala yang dialami pasien. Manajemen konservatif diutamakan, dapat mencakup analgesik dan program rehabilitasi medik. Tindakan pembedahan dipertimbangkan sesuai indikasi.

h. Terapi farmakologi

Pada terapi ini bertujuan untuk mengatasi nyeri pada radikulopati lumbal adalah parasetamol dan obat antiinflamasi non steroid (OAINS). Golongan opioid dapat dipertimbangkan jika nyeri belum teratasi.

i. Terapi Non farmakologis

Pada pasien radikulopati lumbal untuk terapi non farmakologisnya yaitu dengan terapi rehabilitasi medik, akupuntur.

j. Pembedahan

Tindakan pembedahan ini menjadi tindakan alternative pada pasien radikulopati lumbal yang gagal dengan terapi konservatif.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Radikulopati Lumbal

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian meliputi :

k. Identitas pasien meliputi nama, TTL, umur, jenis kelamin, agama,

Pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, nomer medrek, diagnose medis dan alamat.

l. Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin,

Pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

m. Riwayat kesehatan sekarang

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Pada pasien radikulopati lumbal untuk keluhan utamanya adalah nyeri punggung.

2. Keluhan utama saat dikaji

Berbeda dengan keluhan utama saat masuk rumah sakit, keluhan saat dikaji didapatkan dari hasil :

a) P : Palliative merupakan factor yang mencetus terjadinya

penyakit, hal yang meringankan dan hal yang memperberat

gejala, klien dengan radikulopati lumbal mengeluh nyeri dibagian punggung kanan yang menjalar ke kaki

- b) Q : Qualitative merupakan keluhan atau penyakit yang dirasakan
- c) R : Region merupakan sejauh mana lokasi penyebaran daerah yang dikeluhkan.
- d) S : Severity derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut.
- e) T : Time atau waktu merupakan kapan keluhan dirasakan, lama dan frekuensinya, secara tiba-tiba atau bertahap

n. Riwayat kesehatan dahulu

Dapat dilihat dengan mengkaji status kesehatan dahulu pada pasien radikulopati lumbal, menanyakan apakah sebelumnya mempunyai riwayat penyakit yang sama.

o. Riwayat kesehatan keluarga

Dapat dilihat di riwayat kesehatan keluarga, apakah status genogram tersebut terdapat penyakit yang menular.

p. Riwayat Psikososial

Kaji informasi terkait perilaku perasaan dan emosi yang dialami oleh penderita berhubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit.

q. Pola aktivitas sehari-hari meliputi :

1. Pola nutrisi

Pada pola nutrisi ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien sebelum sakit dan saat masuk rumah sakit. Peningkatan nafsu makan, penurunan atau peningkatan berat badan.

2. Pola eliminasi

Pola eliminasi ini dapat dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK.

3. Pola istirahat tidur

Pola istirahat tidur di kaji apakah klien mengalami gangguan terhadap istirahat tidur.

4. Personal hygiene

Pada pasien radikulopati lumbal dilakukan perawatan gigi, melakukan perawatan kulit seperti menyeka agar kulitnya tetap bersih dan tidak kering khususnya di daerah lipatan-lipatan seperti paha, aksila, di bawah payudara dll.

5. Aktivitas

Pola aktivitas ini dikaji apa yang dilakukan klien selama di rumah dan di rumah sakit, untuk pasien radikulopati lumbal aktivitas sehari-harinya untuk di rumah mandiri dan untuk di rumah sakit dibantu oleh anggota keluarganya.

6. Pemeriksaan fisik meliputi :

a) Keadaan umum

Berupa kesadaran, penampilannya GCS. Pada pasien radikulopati lumbal biasanya kesadarannya Composmentis.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Berupa tekanan darah, nadi, respirasi, dan SpO2

c) Pemeriksaan fisik persistem meliputi :

1) Sistem penglihatan

Posisi mata kanan dan kiri simetris, kelopak mata tidak ada ptosis maupun exophthalmus, pergerakan bola mata simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan, konjungtiva anemis, sklera ikterik, pupil isokor, reflek cahaya tidak mengalami kelainan, fungsi penglihatan baik.

2) Sistem pendengaran

Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat serumen pada kedua telinga, fungsi pendengaran baik, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada tinnitus, tidak terdapat alat bantu pendengaran.

3) Sistem pernafasan

Inpeksi :

Tidak terdapat cuping hidung, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada deviasi pada trakea, tidak ada retraksi dinding dada, irama pernafasan teratur, tidak ada sionasis.

Palpasi :

Ekspansi pada dada simetris antara kanan dan kiri.

Perkusi :

Paru-paru kanan IC 1 – 4 sonor, mulai IC 5 dullnes

Paru-paru kiri IC 1 – 2 sonor, mulai IC 3 dullnes

Auskultasi :

Tidak terdapat bunyi weezing

4) Sistem kardiovaskuler

Pada saat diinfeksi konjungtiva anemis, bibir tampak simetris, tidak ada sionasis dan tidak pucat. Pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan, pada saat di auskultasi bunyi jantung I terdengar lup dikatup mitral ICS 5 midklavikula kiri dan trikupisdalis ICS 4 parasternal kiri dan bunyi jantung II terdengar duo dikatup aorta ICS 2 parasternal kanan dan kiri, tidak ada suara tambahan, irama jantung radikuler.

5) Sitem hematologic

Pada pasien radikulopati lumbal pasien tampak tidakpucat, tidak terdapat pendarahan.

6) Sistem persyarafan

Terdiri dari :

(a) Nervus olfaktorius (N I)

Meliputi saraf sensorik yang berfungsi hanya satu yaitu mencium bau.

(b) Nervus optikus (N II)

Meliputi adanya perubahan retina bisa menunjukkan papilledema (edema pada saraf optic).

(c) Nervus okulomotorius, trochlearis, abduksen (N III, IV, VI)

Fungsi nervus III, IV, VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama.

(d) Nervus trigeminus (N V)

Terdapat dua bagian yaitu bagian sensorik (pars major) dan bagian motorik (pars minor). Bagian motorik berfungsi mengurus otot mengunyah.

(e) Nervus facialis (N VII)

Meliputi saraf motorik yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

(f) Nervus auditorius (N VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki dua buah kumpulan serabut saraf yaitu koklea disebut akar tengah yaitu saraf untuk mendengar dan

pintu halaman (vestibulum), merupakan akar tengah adalah akar untuk keseimbangan.

(g) Nervus glossopharyngeus (V IX)

Sifatnya majemuk (sensorik dan motoric) yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

(h) Nervus accesorius (N X)

Saraf IX menginervasi sternokleidomastoideus dan trapezius menyebabkan Gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(i) Nervus hipoglosus (N XII)

Saraf ini mengandung serabut somatosensorik yang menginervasi otot intrinsic dan ekstrinsik lidah.

(j) Sistem pencernaan

Infeksi :

Tidak terdapat stomatitis, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak mengeluh mual dan muntah, mukosa bibir kering, reflek menelan normal.

Palpasi :

Tidak terdapat nyeri pada ulu hati, tidak ada pembesaran pada hepar.

Perkusi :

Terdengar suara dullnes dibagian abdomen kanan dan terdengar suara timpani dibagian abdomen bagian kiri.

(k) Sistem endokrin

Leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat bau nafas keton.

(l) Sistem perkemihan

Tidak ada distensi pada kandung kemih, tidak ada keluhan sakit oliguria.

(m) Sistem muskuluskeletal

Ekstremitas atas :

Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan, klien

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Sabaruddin, 2018). Diagnosa Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)
- d. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0080).

2.2.3. Perencanaan

Tabel 2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(D.0077)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) 1. Gejala dan tanda mayor Subjektif a. Klien mengeluh nyeri Objektif a. Klien tampak meringgis b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri). c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur 2. Gejala dan dan tanda minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif : a. Tekanan darah meningkat b. Pola nafas berubah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap pretektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri non verbal - identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. Teurapeutik - Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (Teknik (Rom aktif dan pasif) - Kontrol lingkungan yang memepreberat rasa nyeri.

-
- c. Proses nafsu makan berubah
 - d. Proses berfikir terganggu
 - e. Menarik diri
 - f. Berfokus pada diri sendiri

-
- Fasilitasi istirahat tidur
 - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian terapi analgetik.
-

Tabel 2.2 Gangguan Mobilisasi Fisik Berhubungan Dengan Penurunan Kekuatan Otot (D.00.54)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot(D.0054). 1. Gejala dan tanda mayor Subjektif : a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak ROM menurun 2. Gejala dan tanda minor Subjektif : a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Objektif : a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Fisik lemah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan gangguan mobilisasi fisik, dengan kriteria hasil : - ROM menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun	MOBILISASI (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Teurapeutik - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan mobilisasi dini

**Tabel 2.3 Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
(D.0055)**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055) 1. Gejala dan tanda mayor Subjektif : a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif : (tidak tersedia) 2. Gejala dan tanda minor Subjektif : a. Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun Objektif : (tidak tersedia)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 34 jam maka di harapkan gangguan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil : - Kemampuan beraktifitas membaik	DUKUNGAN TIDUR (I.05174) Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi factor penngganggu tidur - Identifikasi makanan dn minuman yang mengganggu tidur Terapeutik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitiasi menghilangkan stres sebelum tidur Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur

**Tabel 2.4 Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya Informasi
(D.0080)**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (SIKI)
Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0080) 1. Gejala dan tanda mayor Subjektif : a. Merasa bingung b. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi Objektif : a. Tampak gelisah b. Tampak tegang c. Sulit tidur 2. Gejala dan tanda minor Subjektif : a. Mengeluh pusing b. Anoreksia c. Palpitasi d. Merasa tidak berdaya Objektif : a. Frekuensi nafas meningkat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam tingkat kecemasan menurun, dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi akibat khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Keluhan pusing menurun - Anoreksia menurun - Palpitasi menurun - Diaphoresis menurun - Tremor menurun - Pucat menurun	REDUKSI ANSIETAS (I.09314) Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda – tanda ansietas Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas Edukasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin di alami

-
- b. Frekuensi nadi meningkat
 - c. Tekanan darah meningkat
 - d. Muka tampak pucat

- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
-

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah penerapan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan pada kriteria kinerja. Langkah-langkah implementasi ini mencakup pengumpulan data berkelanjutan, pemantauan umpan balik klien selama dan setelah tindakan dan evaluasi informasi terbaru. Keterampilan kognitif, keterampilan interpersonal dan keterampilan psikomotorik (Rohmah & Walid, 2019).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi ini merupakan evaluasi yang membandingkan perubahan kondisi pasien dengan kriteria tujuan dan outcome yang ditetapkan pada fase desain (Rohmah & Walid, 2019).

2.3. Konsep nyeri akut pada pasien Radikulopati Lumbal

2.3.1 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri akut adalah respon fisiologi normal yang didapatkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanik menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut. Ciri khas nyeri akut adalah nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya. Nyeri akut terjadi dalam waktu singkat dari satu detik sampai enam bulan (Zakiyah, 2015).

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya tidak berlangsung lebih dari enam bulan, gejalanya timbul secara tiba-tiba, dan penyebab serta

lokasi nyeri biasanya diketahui. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan actual atau potensial (Yunita et al., 2022).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2018).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional tidak nyaman biasanya berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan actual dan potensial yang durasinya singkat sampai kurang dari enam bulan.

2.3.2 Penyebab (etiologi)

- a. Agen pencedera fisiologis (mis : inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen kimiawi (mis : terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pendera fisik (mis : abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

2.3.3 Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Berdasarkan PPNI (2017), tanda dan gejala mayor dan minor pada pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut adalah :

- a. Gejala dan tanda mayor Subjektif :

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

- 1) Mengeluh nyeri
- 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nada meningkat
- 5) Sulit tidur

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola nafas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaforesis

Penilaian keluhan nyeri dinilai menggunakan skala *Numerik Rating Scale*, skala ini digunakan sebagai pengganti alat pengganti deskripsi kata. Pasien menilai nyeri di antara skala 0-10. Tingkatan nyeri yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut



- a. 0 : tidak ada nyeri
- b. 1-3 : nyeri ringan
- c. 4-6 : nyeri sedang
- d. 7-10 : nyeri berat

2.3.4 Intervensi Nyeri Akut

Menurut SIKI (2018) manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri berdasarkan SIKI, antara lain :

- a. Observasi
 - 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 - 2. Identifikasi skala nyeri.
 - 3. Teurapeutik
 - a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam).

4. Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

5. Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2.3.5 Teknik Relaksasi Nafas Dalam

A. Definisi Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambar serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti et al., 2016).

Menurut (Lailiyah, 2018) teknik relaksasi nafas dalam, yang sebagian besar pada pasien yang mengalami nyeri dengan skala intensitas 6 atau nyeri sedang. Setelah dilakukan implementasi nafas dalam, sebagian besar pasien mengalami penurunan skala nyeri dengan skala intensitas 3 atau nyeri ringan. Artinya, teknik relaksasi nafas dalam efektif sebagai komplementer sebagai upaya mandiri oleh pasien radikulopati lumbal.

B. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tujuan dari Teknik relaksasi nafas dalam yaitu dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik dalam system saraf otonom, mengurangi stress fisik maupun emosional,

menurunkan intensitas nyeri serta memelihara pertukaran gas (Kemenkes,2022).

C. Tahap Persiapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- a. Persiapan lingkungan : ciptakan lingkungan tenang dan nyaman.
- b. Persiapan responden : klien dalam keadaan rileks.

D. Tahap Pelaksanaan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Atur posisi klien agar rileks, tanpa beban fisik.
Posisi dapat duduk atau jika tidak mampu dapat berbaring ditempat tidur.
2. Intruksikan 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.
3. Intruksikan klien untuk menghembuskan nafas, hitung sampai tiga secara perlahan melalui mulut.
4. Intruksikan klien berkonsentrasi supaya rasa

nyeri yang dirasakan bisa berkurang, bisa dengan
memejamkan mata.

5. Anjurkan untuk mengulangi prosedur sehingga nyeri berkurang.

Lakukan maksimal 5-10 menit. (Utami, 2020)