**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN *POST OPERATION LAMINECTOMY +DEBRIDEMENT* HARI KE 5 DENGAN INDIKASI**

***HERNIA NUCLEUS PULPOSUS* (HNP) DI RUANG H1**

**RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA**

akper3

**Oleh :**

**SUPARLAN**

**1721017**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN *POST OPERATION LAMINECTOMY +DEBRIDEMENT* HARI KE 5 DENGAN INDIKASI**

***HERNIA NUCLEUS PULPOSUS* (HNP) DI RUANG H1**

**RSPAL Dr.RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**

**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

**akper3**

**Oleh :**

**SUPARLAN**

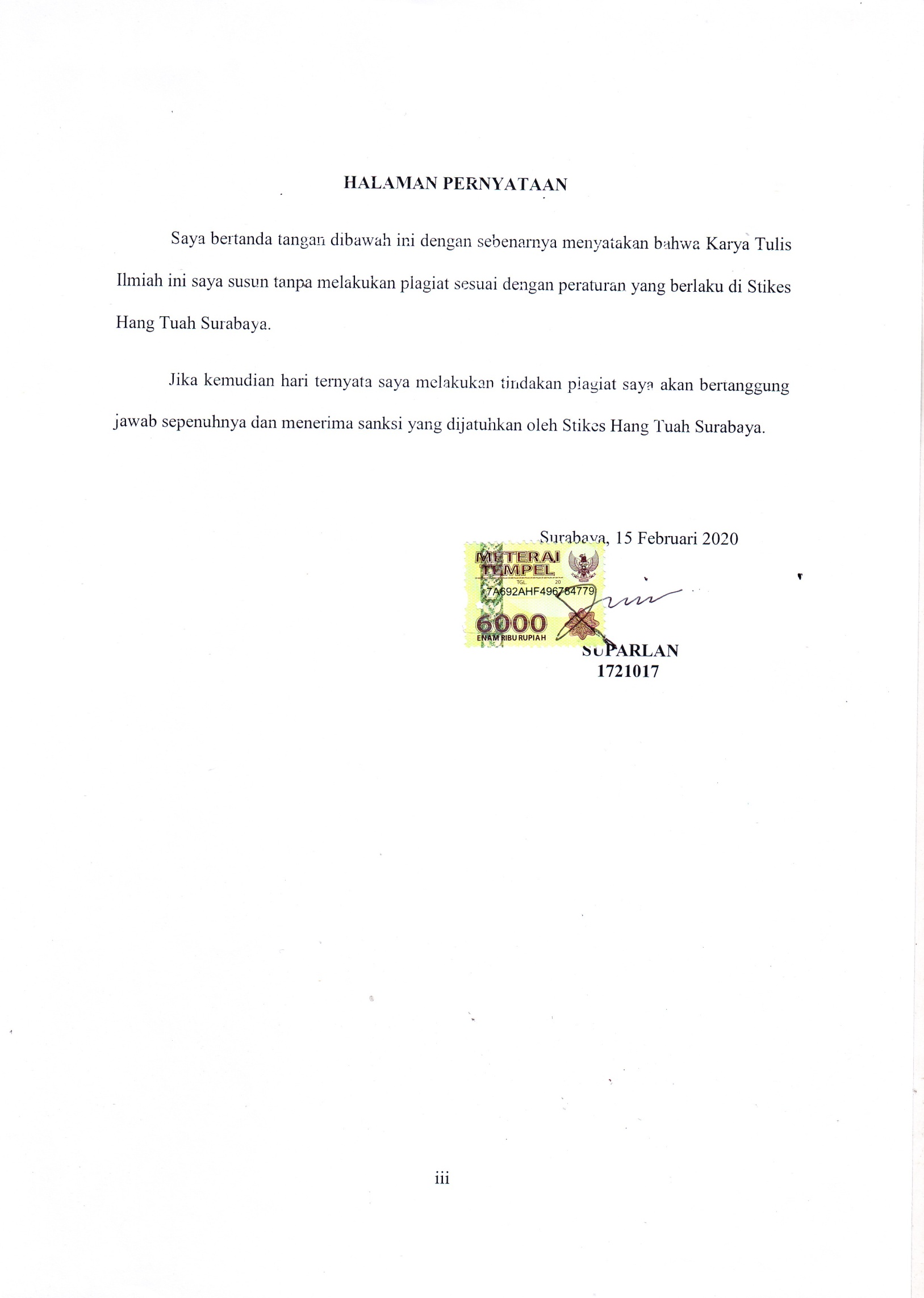
**1721017**

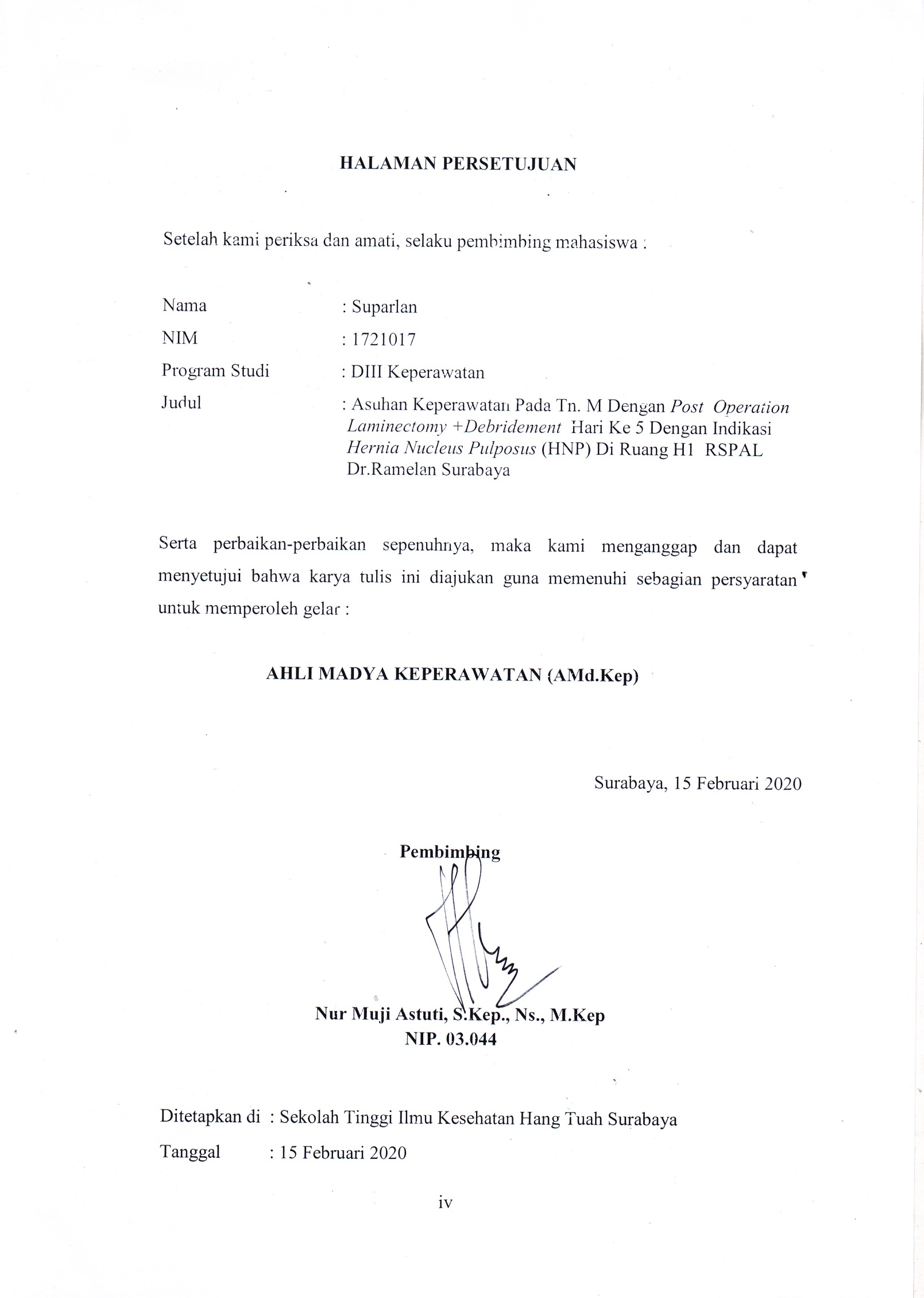
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

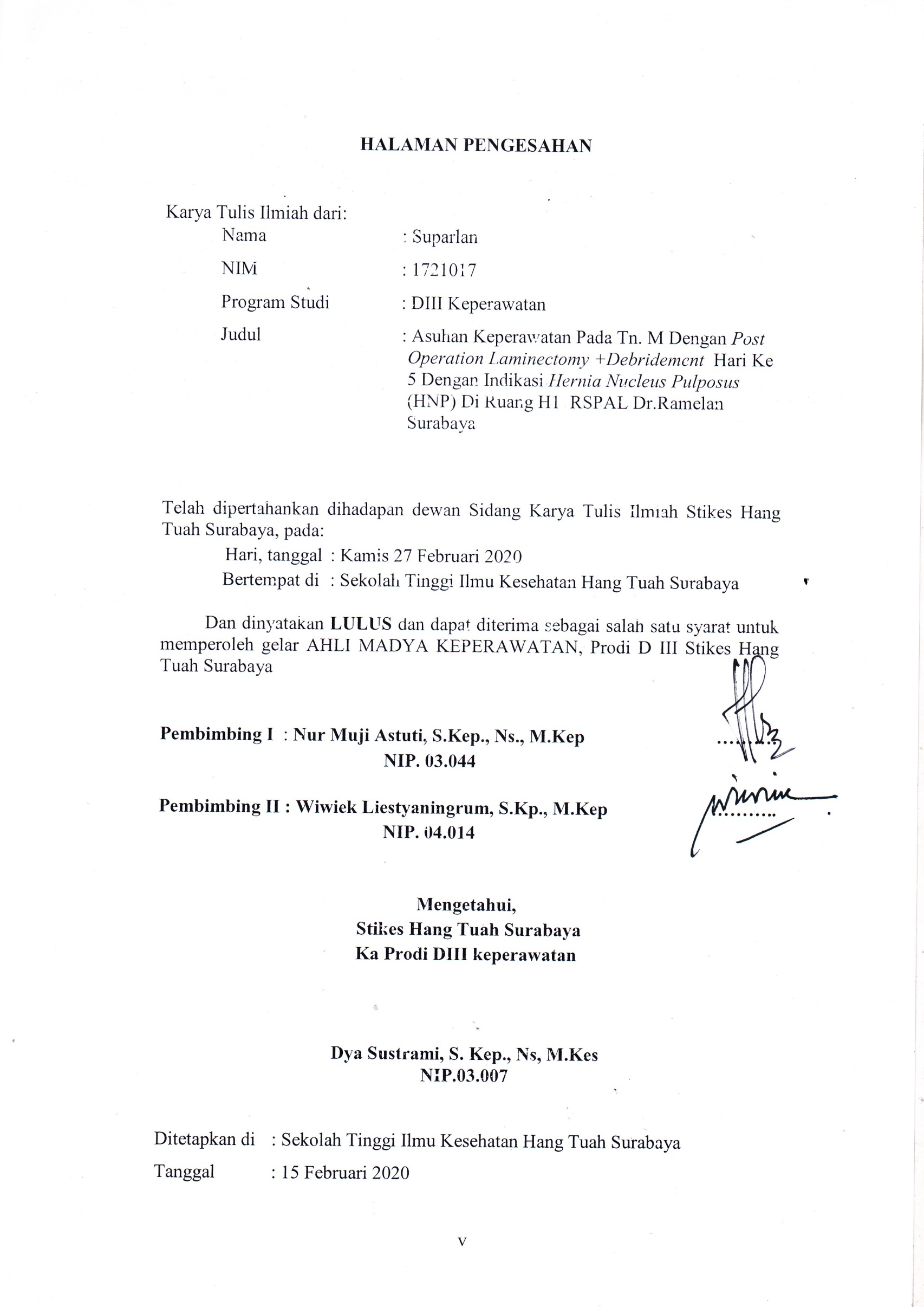
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

****





**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**Sesuatu yang baik bukan hanya dilihat dari sebuah kesempurnaan yang instan melainkan, sesuatu yang baik bisa dilihat dari suatu proses yang memiliki sebuah tahapan.**

Kupersembahkan karya yang sederhana ini kepada :

1. Orang tua, istri dan anakku tercinta dan tersayang, yang telah memberikan dukungan secara moral kepada saya.
2. Teman-teman DIII Keperawatan Kumara 23 Stikes Hang Tuah Surabaya

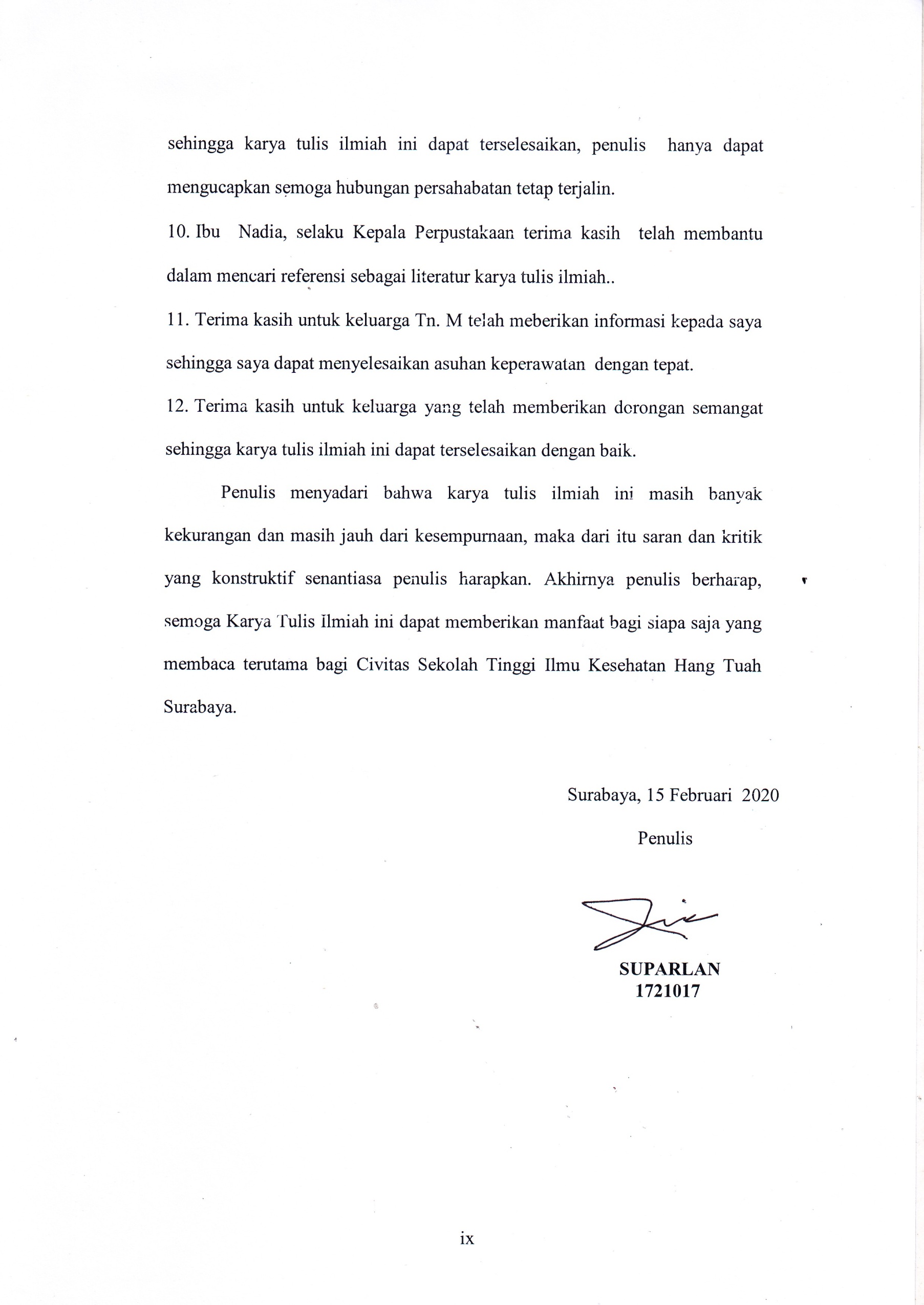
**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program studi DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tahun Akademik 2019-2020.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak dukungan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan ini, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, SP.THT-KL.,SP. KL selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S. Kp., M.Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sekaligus sebagai penguji II yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktek di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns, M.Kes, selaku pembantu Ketua I yang yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk menyelesaikan studi di program DIII keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Bapak Setiadi, S.Kep., Ns, M.Kep, selaku pembantu ketua II yang yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktek di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Ibu Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., Ns., MM, selaku pembantu ketua III yang kesempatan pada kami untuk menyelesaikan studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
6. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas mahasiswa.
7. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing I yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan DIII Keperawatan Kumara 23 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, penulis hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.



**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL LUAR i**

**HALAMAN JUDUL DALAM ii**

**HALAMAN PERNYATAAN iii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iv**

**HALAMAN PENGESAHAN v**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi**

**KATA PENGANTAR vii**

**DAFTAR ISI x**

**DAFTAR TABEL xii**

**DAFTAR GAMBAR xiii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiv**

**DAFTAR SINGKATAN xv**

**BAB I PENDAHULUAN 1**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 4
  3. Tujuan 4
  4. Manfaat 5

1.5Metode Penulisan 7

1.6 Sistematika Penulisan 8

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9**

2.1 Anatomi Fisiologi Tulang Belakang 9

2.1.1Definisi Tulang Belakang 10

2.1.2 Susunan Anatomis Lumbal 10

2.2Konsep *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) 14

2.2.1Definisi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) 14

2.2.2Etiologi *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 15

2.2.3Patofisiologi *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 16

2.2.4Tanda Dan Gejala *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 16

2.2.5Penatalaksanaan *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 17

2.2.6Pemeriksaan Penunjang *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 19

2.2.7 Pathway *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 20

2.3 Konsep *Laminectomy 21*

2.3.1Definisi *Laminectomy 21*

2.3.2Protokol Pembedahan *Laminectomy 21*

2.3.3Manifestasi Klinis *Laminectomy 22*

2.3.4Indikasi Operasi *Laminectomy 22*

2.3.5Komplikasi *Laminectomy 23*

2.4 Konsep Infeksi Luka Operasi (ILO) 24

2.4.1Definisi Infeksi Luka Operasi(ILO) 24

2.4.2Kriteria Infeksi Luka Operasi 25

2.4.3Jenis Luka Operasi 26

2.4.4Klasifikasi Pembedahan 27

2.4.5Tanda-Tanda Infeksi 29

2.4.6Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi 31

2.5 Konsep *Debridement 34*

2.5.1Definisi *Debridement 34*

2.5.2Tujuan *Debridement 34*

2.5.3Indikasi *Debridement 35*

2.5.4Kontraindikasi *Debridement 36*

2.5.5Penatalaksanaan/Jenis-Jenis Tindakan *Debridement 36*

2.6Konsep Asuhan Keperawatan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) 36

2.6.1Pengkajian 37

2.6.2 Analisa Data 44

2.6.3Diagnosa Keperawatan 44

2.6.4Perencanaan Intervensi 45

2.6.5Pelaksanaan 48

2.6.6Evaluasi 48

**BAB 3 TINJAUAN KASUS 49**

3.1Pengkajian 49

3.1.1Identitas 49

3.1.2Riwayat Sakit dan Kesehatan 49

3.1.3Genogram 51

3.1.4Pemeriksaan Fisik 52

3.1.5Pemeriksaan Persistem 55

3.1.6Data Penunjang/Hasil Pemeriksaan Diagnostik 57

3.1.7Terapi Medis 58

3.2Analisa Data 59

3.3Prioritas Masalah 62

3.4Intervensi Keperawatan 63

3.5Implementasi Dan Evaluasi 72

**BAB 4 PEMBAHASAN 116**

4.1Pengkajian 116

4.2Diagnosis Keperawatan 121

4.3Perencanaan 122

4.4Pelaksanaan 123

4.5Evaluasi 125

**BAB 5 PENUTUP 127**

5.1Simpulan 127

5.2Saran 129

**DAFTAR PUSTAKA 130**

**Lampiran 133**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1Terapi Medis 58

Tabel 3.2Analisa Data 59

Tabel 3.3Prioritas Masalah 62

Tabel 3.4Intervensi Keperawatan 63

Tabel 3.5Implementasi dan Evaluasi 72

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Tulang Belakang Manusia 9

Gambar 2.2 Anatomi Lumbal 10

Gambar 2.3 Hernia Nucleus Pulposus (HNP) 14

Gambar 2.4 *Pathway Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) 20

Gambar 3.1 Gambar Genogram Tn.M 51

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SOP Mencuci Tangan 133

Lampiran 2 SAP Mencuci Tangan 135

Leaflead 146

**DAFTAR SINGKATAN**

*Hernia Nucleus Pulposus* (HNP)

*World Health Organication* (WHO)

*Shortwave Diathermy* (SWD)

*Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

*Computered Tornografi Scan (CT Scan)*

*Nerve Conduction Studies* (NCS)

*Electromyography* (EMG)

Infeksi Luka Operasi(ILO)

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Penyakit *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah suatu keadaan dimana sering mengalami rasa sakit pada ruas-ruas *vertebra*. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) terjadi karena adanya *nucleus pulposus* (bahan pengisi berupa zat yang kenyal seperti gel) yang keluar dari *diskus intervertebralis* atau sendi *vertebra* (Yudhinono , 2017).

*Hernia nukleus pulposus* (HNP) merupakan suatu keadaan patologis dimana terjadi *protus*i dari *anulus fibrosus* beserta *nukleus pulposus* ke dalam *lumen kanalis vertebralis*. HNP dapat terjadi pada semua segmen *vertebra*, tetapi yang paling sering terjadi yaitu pada segmen lumbal. Kasus *Hernia nukleus pulposus* (HNP) yang paling sering terjadi adalah pada *diskus intervertebralis* L5 kemudian disusul oleh herniasi pada *diskus intervertebralis* L4-L5, L3-L4, L2-L3, dan L1-L2 (Nasikhatussoraya, 2016).

Menurut data *World Health Organication* (WHO, 2017), prevalensi nyeri pinggang bawah lebih kurang 22.000.000 per tahun. Pasien *Hernia nukleus pulposus* (HNP) yang berobat jalan berkisar 2.100.000 orang dan yang dirawat di rumah sakit lebih kurang 130.000 orang. dari keseluruhan nyeri punggung bawah, yang mendapat tindakan operasi berjumlah 32.000 orang pertahunnya.

Menurut Suharto (2014) *Hernia nukleus pulposus* (HNP) merupakan salah satu keluhan yang dapat menurunkan produktivitas manusia. Sekitar 50-80% penduduk di negara industri pernah mengalami *Hernia nukleus pulposus* (HNP), keluhan ini menghilangkan banyak jam kerja dan membutuhkan banyak biaya untuk penyembuhannya, begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh kelompok studi nyeri PERDOSSI (Perhimpunan Dokter Saraf Indonesia) melakukan penelitian pada bulan Mei 2012 di 14 rumah sakit pendidikan menunjukkan hasil bahwa jumlah penderita nyeri sebanyak 4456 orang (25% dari total kunjungan) 1598 orang (35,86%) merupakan penderita nyeri kepala dan 819 orang (18,37%) adalah penderita HNP. Data epidemiologik mengenai penyakit HNP atau nyeri pinggang bawah di Indonesia belum ada namun diperkirakan 40% penduduk Jawa Timur berusia kurang dari 65 tahun pernah menderita nyeri pinggung dan prevalensinya pada laki-laki 18,2% dan pada perempuan 13,6% (Meliawan, 2010).

Berdasarkan hasil laporan rekam medik mulai dari bulan Januari sampai Desember 2019, di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, di dapatkan data bahwa kejadian HNP sebesar 32 kasus, dari 455 pasien yang dirawat di ruang H1.

Penyebab *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) terjadi karena perubahan *degeneratif* yang mengakibatkan kurang lentur dan tipisnya *nucleus pulposus* yang ditandai dengan adanya peningkatan usia. *Annulus fibrosa* akan mengalami perubahan karena digunakan secara terus menerus. Akibatnya, *annulus fibrosa* biasanya di daerah lumbal dapat menyembul atau pecah (Yusuf, 2017).

Penatalaksanaan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) yaitu, terapi *konservatif* dengan mengurangi iritasi saraf, memperbaiki kondisi fisik dan meningkatkan fungsi tulang punggung secara keseluruhan, terapi *non-medikamentosa* dengan cara dilakukan fisioterapi, diatermi, kompres panas dingin, korset lumbal maupun traksi pelvis, terapi pembedahan dengan cara dilakukan tindakan *laminectomy,* (Winata, 2014).

*Laminectomy* merupakan pembedahan berupa eksisi cabang *posterior* dan prosesus spinosus vertebra (Helmi, 2012). Operasi *vertebra*/ *laminectomy* dilakukan dengan menggunakan general anestesi atau anestesi umum, bertujuan untuk menghilangkan sensasi diseluruh tubuh dan kesadaran, efek samping dilakukan pembedahan *laminectomy* yaitu biasa disebut dengan infeksi luka operasi (ILO)(Uskenat, Kristiyawati,& Solechan, 2012).

Dokter bedah akan membuat sayatan pada kulit dengan menggunakan pisau bedah saat prosedur operasi, sehingga menimbulkan luka operasi, meskipun telah sesuai dengan prosedur operasi dan melalui berbagai tindakan pencegahan, kemungkinan munculnya infeksi pada luka operasi selalu ada. Sebagian besar infeksi luka operasi muncul dalam 30 hari pertama setelah operasi (Willy,2018).

*Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) yang tidak ditangani dapat menyebabkan nyeri makin memburuk dan membuat penderita sulit beraktivitas, serta komplikasi lain di bawah ini: [inkontinensia urine](https://www.alodokter.com/inkontinensia-urine) dan [inkontinensia tinja](https://www.alodokter.com/inkontinensia-tinja), hilang sensasi di area sekitar dubur dan paha bagian dalam, kerusakan saraf permanen yang menyebabkan [kelumpuhan](https://www.alodokter.com/kelumpuhan), (Willy, 2019).

Peran perawat sebagai pelaksana keperawatan, pengelola keperawatan, pedidik dan peneliti, dalam melaksanakan tugasnya berfungsi secara mandiri dan kolaborasi (Majid, 2011). Peran perawat pada pasien *post operation* adalah memonitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, komplikasi, manajemen luka, mobilisasi dini rehabilitasi, dan *discharge planning* (Majid, 2011).

**1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka diperoleh rumusan masalah sebagai berikut : Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

**1.3 Tujuan**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

**1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

2. Mampu menentukan masalah keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

4. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

5. Dapat melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya?

**1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan-tujuan maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. akademis

Merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khsusunya bagi mahasiswa dalam hal asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

2. praktisi

a. Pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadikan masukan bagi pelayanan dari rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya dengan baik.

b. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan.

**1.5 Metode Penulisan**

**1.5.1 Metode**

Metode deksriptif nyata metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian perencanaan pelaksanaan dan evaluasi (Nursallam 2008).

**1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

**1.5.3 Sumber Data**

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang, dan tim kesehatan lain.

**1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan itu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

**1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

**1.6.1 Bagian Awal**

Memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran.

**1.6.2 Bagian Inti**

Terdiridari 5 bab yang berisi masing-masing bab terdiri dari sub-sub bab berikut ini :

BAB 1 Pendahuluan

Berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah tujuan, manfaat dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 Tinjauan Pustaka

Berisi tentang konsep penyakit, dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) di ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

BAB 3 Tinjauan Kasus

Berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 Pembahasan

Berisi perbandingan antara teori, opini dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 Penutup

Berisi kesimpulan dan saran.

**1.6.3 Bagian Akhir**

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

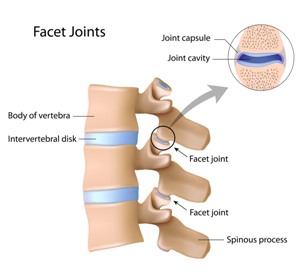
**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP). Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan secara medis. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP). Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa,perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi.

**2.1 Anatomi Fisiologi Tulang Belakang**

**2.1.1 Definisi Tulang Belakang**

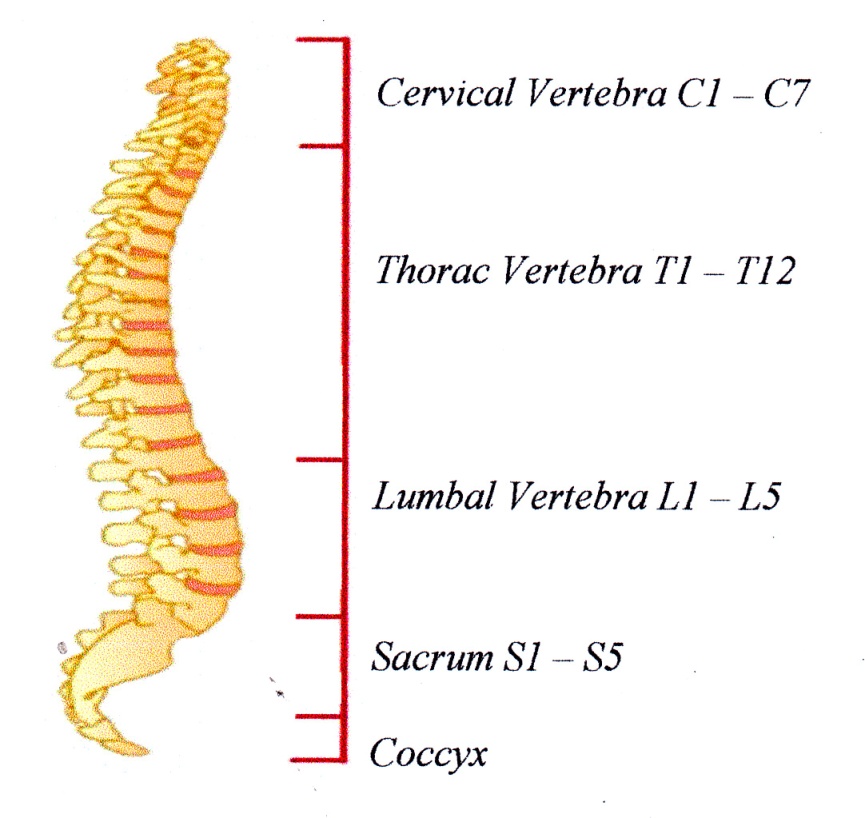


Gambar 2.1 Tulang Belakang Manusia (Rahajeng Tanjung, 2009)

Tulang Belakang secara medis dikenal sebagai *Columna Vertebralis* (Heru Septiawan, 2013) rangkaian tulang belakang adalah sebuah struktur lentur yang dibentuk oleh sejumlah tulang yang disebut *vertebra* atau ruas tulang belakang. Tulang *vertebra* merupakan struktur kompleks yang secara garis besar terbagi atas 2 bagian.

Bagian *anterior* tersusun atas *korpus vertebra, diskus intervertebralis* (sebagai artikulasi), dan ditopang oleh *ligamentum longitudinal anterior* dan *posterior*. Sedangkan bagian *posterior* tersusun atas *pedikel, lamina, kanalis vertebralis*, serta *prosesus tranversus* dan *spinosus* yang menjadi tempat otot penyokong dan pelindung *kolumna vertebra.* Bagian *posterior vertebra* antara satu dan lain dihubungkan dengan sendi *apofisial (faset).* Stabilitas *vertebra* tergantung pada *integritas korpus vertebra* dan *diskus intervertebralis* serta dua jenis jaringan penyokong yaitu *ligamentum* (pasif) dan otot (aktif) (Heru, 2013)

**2.1.2 Susunan Anatomis Lumbal**



Gambar 2.2 Anatomi Lumbal (Rahajeng Tanjung, 2009)

*Vertebra Lumbalis* terdiri dari 5 ruas tulang dengan 5 pasang *faset joints* yang disebut juga dengan *apophyseal* atau *zygoapohyseal joints*. Susunan anatomis dan fungsi pada *regio lumbal*, terbagi dalam *segmentasi regional* sebagai berikut (Stephen Kishner, 2014):

1. *Thoracolumbal Junction* merupakan daerah perbatasan fungsi antara lumbal dengan thorac spine dimana Th12 arah *superior facet* geraknya terbatas, sedangkan arah *inferior facet* pada bidang sagital gerakan utamanya *flexion-extension* luas. Pada gerak *lumbal spine* “memaksa” Th12 hingga Th10 mengikutinya.

2. *Lumbosacral Joint L5* merupakan daerah yg menerima beban sangat berat mengingat lumbal mempunyai gerak yang luas sementara *sacrum rigid* (kaku). Akibatnya *lumbosacral joint* menerima beban gerakan dan berat badan paling besar pada *regio lumbal*.

3. *Lumbal Joint Vertebra lumbalis* lebih besar dan tebal membentuk *kurva lordosis* dengan puncak L3 sebesar 2-4 cm, menerima beban sangat besar dalam bentuk kompresi maupun gerakan. Stabilitas dan gerakakannya ditentukan oleh *facet, diskus, ligament* dan otot disamping *corpus* itu sendiri. Berdasarkan arah permukaan *facet joint* maka *facet joint* cenderung dalam posisi bidang sagital sehingga pada *regio lumbal* menghasilkan dominan gerak yang luas yaitu *fleksi-ekstensi lumbal*.

4. *Diskus Invertebralis* diantara dua *corpus vertebra* dihubungkan oleh *diskus intervertebralis*, merupakan *fibrocartilago komplek* yang membentuk *articulasio* antara *corpus vertebra*, dikenal sebagai *symphisis joint.* *Diskus intervertebralis* pada orang dewasa memberikan kontribusi sekitar ¼ dari tinggi spine. Diskus juga dapat memungkinkan gerak yang luas pada *vertebra*. Setiap diskus terdiri atas 3 komponen yaitu :

1. *Nukleus pulposus* merupakan *substansia gelatinosa* yang berbentuk *jelly transparan*, mengandung 90% air, dan sisanya adalah *collagen* dan *proteoglycans* yang merupakan unsur-unsur khusus yang bersifat mengikat atau menraik air. *Nukleus pulposus* tidak mempunyai pembuluh darah dan saraf. *Nukleus pulposus* mempunyai kandungan cairan yang sangat tinggi maka dia dapat menahan beban kompresi serta berfungsi untuk mentransmisikan beberapa gaya ke annulus dan sebagai *shock absorber*.
2. *Annulus fibrosus* tersusun oleh sekitar 90 serabut konsentrik jaringan collagen, serabutnya saling menyilang secara *vertikal* sekitar 300 satu sama lainnya maka struktur ini lebih sensitif pada strain rotasi daripada beban kompresi, tension, dan shear. Secara mekanis, annulus fibrosus berperan *sebagai coiled spring* (gulungan pegas) terhadap beban *tension* dengan mempertahankan *corpus vertebra* secara bersamaan melawan tahanan dari *nukleus pulposus* yang bekerja seperti bola.
3. *Facet Joint* Sendi facet dibentuk oleh *processus articularis superior* dari *vertebra* bawah dengan *processus articularis inferior* dari *vertebra* atas. Sendi *facet* termasuk dalam *non-axial diarthrodial joint*. Setiap sendi *facet* mempunyai *cavitas articular* dan terbungkus oleh sebuah kapsul. Gerakan yang terjadi pada sendi *facet* adalah gliding yang cukup kecil. Sendi facet dan diskus memberikan sekitar 80% kemampuan spine untuk menahan gaya *rotasi torsion* dan *shear*, dimana ½-nya diberikan oleh sendi facet. Sendi facet juga menopang sekitar 30% beban kompresi pada spine, terutama pada saat spine hiperekstensi. Gaya kontak yang paling besar terjadi pada sendi facet L5. Apabila *discus intervertebralis* dalam keadaan baik, maka *facet joint* akan menyangga beban *axial* sekitar 20 % sampai dengan 25 %, Persendian antara *facet joints* tulang lumbal ke lima dengan tulang sacral pertama merupakan persendian antara segmen yang bergerak dari lumbal kelima dan segmen pertama dari tulang sacral yang tidak bergerak. Pada beberapa kasus segmen L1 dapat bergerak (*mobile*) dan ini disebut dengan lumbarisasi *(lumbarization*) dari L1 sehingga sering dikatakan tulang lumbal menjadi enam segmen yang bergerak. Pada kasus lain dapat juga tulang lumbal segmen kelima bersatu dengan tulang sacrum atau illium dan ini disebut dengan sakralisasi *(sacralization*) sehingga hanya ada empat segmen tulang lumbal yang bergerak. Keadaan abnormal diatas kadang kadang disebut dengan transisional vertebra (*transitional vertebra).*

*Ligament* utama dari tulang lumbal (*lumbar spine*) sama seperti yang ada pada *servical* bawah dan tulang torakal, yaitu *ligamentum longitudinale* 12 *anterior* merupakan ligamen yang tebal dan kuat, dan berperan sebagai stabilisator pasif saat gerakan ektensi lumbal, *ligamentum longitudinal posterior*, ligamen ini sangat sensitif karena banyak mengandung serabut saraf afferent nyeri (A delta dan tipe C) dan memiliki sirkulasi darah yang banyak. Ligamen ini berperan sebagai stabilisator pasif saat gerakan fleksi lumbal, ligamentum flavum ligamen ini mengandung lebih banyak serabut elastin daripada serabut kolagen dibandingkan dengan ligamen-ligamen lainnya pada *vertebra*. Ligamen ini mengontrol gerakan fleksi lumbal, ligamentum *supraspinosus* dan *interspinosus* ligamen ini berperan sebagai stabilisator pasif saat gerakan fleksi lumbal, serta ligamentum i*ntertransversum* ligamen ini mengontrol gerakan lateral fleksi kearah *kontralateral*.

**2.2 Konsep *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP)**

**2.2.1 Definisi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP)**

****

Gambar 2.3 Hernia Nucleus Pulposus (HNP) ( Herliana,2017).

Penyakit *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah suatu keadaan dimana sering mengalami rasa sakit pada ruas-ruas tulang belakang. HNP terjadi karena adanya *nucleus pulposus* (bahan pengisi berupa zat yang kenyal seperti *gell*) yang keluar dari *diskus intervertebralis* atau sendi tulang belakang (Yudhinono , 2017).

*Hernia nukleus pulposus* merupakan suatu keadaan patologis dimana terjadi *protusi* dari *anulus fibrosus* beserta *nukleus pulposus* ke dalam *lumen kanalis vertebralis*. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) dapat terjadi pada semua *segmen vertebra*, tetapi yang paling sering terjadi yaitu pada segmen lumbal. Kasus *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) yang paling sering terjadi adalah pada diskus *intervertebralis* L5- L1, kemudian disusul oleh Hernia pada *diskus intervertebralis* L4-L5, L3-L4, L2-L3, dan L1-L2. Hernia pada *diskus intervertebralis segmen thorakal relatif* jarang, sedangkan pada *segmen servikal* dapat mengenai diskus intervertebralis C5-C6 atau C6-C7 (Nasikhatussoraya, 2016).

Nyeri punggung bawah merupakan suatu gejala yang berkaitan dengan lebih dari 60 kondisi medis. Hernia Nukleus Pulposus (HNP) lumbal merupakan penyakit degenerasi spinal yang paling sering menyebabkan 30% hingga 80% dari kasus terjadi pada semua diskus intervertebralis. Namun yang paling sering terjadi adalah di segmen lumbosakral, tepatnya di diskus intervertebralis L5 – L1 (Nova, Octaviani, & Julianti, 2016).

**2.2.2 Etiologi *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)**

Penyebab *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) terjadi karena perubahan degeneratif yang mengakibatkan kurang lentur dan tipisnya nucleus pulposus yang ditandai dengan adanya peningkatan usia. Annulus fibrosa akan mengalami perubahan karena digunakan secara terus menerus. Akibatnya, annulus fibrosa biasanya di daerah lumbal dapat menyembul atau pecah (Yusuf, 2017).

*Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) timbul karena sobeknya annulus fibrosus yang dipicu oleh suatu trauma derajat sedang dan terjadi secara berulang mengenai discus intervertebralis. Gejala trauma yang dialami pasien pada umumnya bersifat singkat, dan gejala yang disebabkan oleh cidera pada diskus tidak terlihat selama beberapa bulan atau bahkan dalam beberapa tahun, kemudian pada generasi diskus kapsulnya mendorong ke arah medulla spinalis, atau mungkin rupture dan memungkinkan nucleus pulposus terdorong terhadap sakus doral atau terhadap saraf spinal saat muncul dari kolumna spinal (Helmi, 2012).

**2.2.3 Patofisiologi *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)**

Pada tahap pertama sobeknya *annulus fibrosus* bersifat *sirkum ferensial*. Karena adanya gaya *traumatic* yang berulang, sobekan tersebut menjadi lebih besar dan timbul sobekan *radial*, apabila hal ini telah terjadi, maka risiko *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) hanya menunggu waktu dan trauma berikutnya saja. Gaya *presipitasi* itu dapat diasumsikan sebagai gaya traumatik ketika hendak menegakkan badan waktu terpeleset, mengangkat benda berat dan sebagainya.

Robeknya (Hernia*) nucleus pulposus* dapat mencapai ke korpus tulang belakang diatas atau di bawahnya. Bisa juga merobek langsung ke *kanalis vertebralis.* Robeknya sebagian *nucleus pulposus* ke dalam *korpus vertebra* dapat dilihat pada foto *rontgen* polos dan dikenal sebagai *nodus schmorl*. Sobekan *sirkum ferensial* dan radial pada *annulus fibrosus diskus intervertebralis* berikut dengan terbentuknya *nodus schmorl* merupakan kelainan yang mendasari *low back pain subkronis* atau *kronis* yang kemudian disusul oleh nyeri sepanjang tungkai yang dikenal sebagai *ischialgia* atau *siatika*. Robeknya *nucleus pulposus* ke kanalis *vertebralis* berarti bahwa *nucleus pulposus* menekan radiks yang bersama-sama dengan *arteria radikularis* yang berada dalam lapisan dura, hal itu terjadi jika penjebolan berada disisi lateral. Setelah terjadi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP), sisa *discus intervertebralis* mengalami lisis, sehingga dua *korpus vertebra* bertumpang tindih tanpa ganjalan (Muttaqin, 2010).

**2.2.4 Tanda Dan Gejala *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)**

Manifestasi klinis utama yang muncul adalah rasa nyeri di punggung bawah disertai otot-otot sekitar lesi dan nyeri tekan. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) terbagi atas *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) *sentral* dan *lateral*. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) *sentral* akan menimbulkan *paraparesis flasid, parestesia* dan *retensi urine*. Sedangkan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP*) lateral* bermanifestasi pada rasa nyeri dan nyeri tekan yang terletak pada punggung bawah, di tengah-tengah area bokong dan betis, belakang tumit, dan telapak kaki. Kekuatan ekstensi jari kelima kaki berkurang dan *reflex achilles negative*. Pada *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) *lateral* L5 rasa nyeri dan nyeri tekan didapatkan di punggung bawah, bagian lateral pantat, tungkai bawah bagian *lateral*, dan di *dorsum pedis*. Kelemahan *m. gastrocnemius* (plantar fleksi pergelangan kaki*), m. ekstensor halusis longus* (ekstensi ibu jari kaki). Gangguan *reflex Achilles, defisit sensorik* pada *malleolus lateralis* dan bagian *lateral pedis* (Setyanegara dkk, 2014).

**2.2.5 Penatalaksanaan *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)**

Menurut (Winata, 2014) untuk mempertahankan dan meningkatkan mobilitas, menghambat progresivitas penyakit, dan mengurangi kecacatan. Penatalaksanaan HNP yaitu:

1. Terapi konservatif meliputi tirah baring disertai obat analgetik dan obat pelemas otot. Tujuan tirah baring untuk mengurangi nyeri mekanik dan tekanan intradiskal, pasien dilatih secara bertahap untuk kembali ke aktivitas biasa

2. Terapi non-medikamentosa berupa fisioterapi, diatermi, kompres panas dingin, korset lumbal maupun traksi pelvis.

Menurut (Kesumaningtyas, 2010) metode yang dapat digunakan untuk penatalaksanaan HNP antara lain:

1. *McKenzie Cervical Exercise*

Metode yang dikembangkan oleh *Robin Mc. Kenzie* yaitu merupakan sebuah latihan yang spesifik untuk tulang belakang. Spekulasi dari metode ini adalah bahwa arah lentur berpusat pada rasa sakit yang justru sesuai dengan arah dimana isi *nucleus pulposus* telah berpindah untuk menghasilkan gejala mekanis yang merangsang annulus.

1. *Tancutaneous Electrical Nerve Stimulation*

*Tancutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) Dari pelaksanaan metode ini adalah untuk menurunkan nyeri pada pasien HNP. Manfaat akhir metode ini yaitu mengurangi penggunaan obat-obatan, modulasi respon nyeri penderita, dapat meningkatkan aktifitas fisik dan memodifikasi perilaku nyeri, hasil dari penatalaksanaan nyeri dapat berupa perubahan dalam penggunaan obat-obatan, jarak ketika berjalan, kekuatan otot, kelenturan otot, toleransi ketika duduk, berdiri dan berjalan, perilaku sakit dan performance dalam pekerjaan.

1. *Shortwave Diathermy* (SWD)

*Shortwave Diathermy* (SWD) yaitu medan elektromagnrtik frekuensi tinggi yang bersosialisasi untuk memanaskan area. Teknik ini lebih efektif dalam memanaskan masa otot besar dan mengakibatkan otot menahan panas lebih lama Dengan pemberian *Shortwave Diathermy* (SWD) akan memberi efek berupa pengurangan nyeri dan memberi dampak rileksasi pada jaringan otot dengan adanya pengurangan spasme otot terutama pada punggung bawah.

3. Terapi pembedahan banya dilakukan pada pasien dengan diagnosa HNP salah satu contoh tindakan pembedahan yaitu *laminectomy.*

**2.2.6 Pemeriksaan Penunjang *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)**

1. Foto polos *Lumbosacral* Pemeriksaan foto polos *lumbosacral* adalah tes pencitraan untuk melihat penyebab penyakit punggung, seperti adanya patah tulang, degenerasi, dan penyempitan. Pada foto *lumbosacral* akan terlihat susunan tulang belakang yang terdiri dari 5 ruas tulang belakang, sacrum dan tulang ekor (Maksum & Hanriko, 2016).

2. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan *Computered Tornografi Scan (CT Scan) Magnetic Resonance Imaging (MRI) dan Computered Tornografi Scan* (CT Scan) direkomendasikan pada pasien dengan kondisi yang serius atau deficit neurologis yang progresif, seperti infeksi tulang, cauda equine syndrome atau kanker dengan penyempitan vertebra. Pada kondisi tersebut keterlambatan dalam diagnosis dapat mengakibatkan dampak yang buruk (Maksum & Hanriko, 2016)

3. *Electromyography* (EMG) dan *Nerve Conduction Studies* (NCS) Pemeriksaan EMG dan NCS sangat membantu dalam mengevaluasi gejala neurologis dan atau deficit neurologis yang terlihat selama pemeriksaan fisik. Pada pasien HNP dengan gejala dan tanda neuroligis EMG dan NCS dapat membantu untuk melihat adanya *lumbosacral radiculopathy, pepipheral polyneuriphathy, myopathy atau peripheral nerve entrapment*.

**2.2.7 Pathway *Hernia Nukleus Pulposus* HNP**

*kanalis vertebralis robek*

Degeneratif

Trauma

Ligament longitudinal postolateral menyempit

Kadar protein dan air nucleus meningkat

Kompresi

Peningkatan intradistal

Pemisahan tulang rawan

Serabut analus robek

Rupture pada annulus

Nukleus keluar

Nucleus pecah

Hernia Nukleus Pulposus HNP

Nyeri Akut

Tindakan non-medikamentosa

Tindakan Konservatif

Tindakan *Laminectomy*

Insisi Bedah

Menyebebkan perlukaan pada kulit

Luka insisi

Terputusnya iskontinitas jaringan

**Nyeri Akut**

**Gangguan integritas kulit**

Kurangnya aktivitas

**Ansietas**

**Gangguan mobilitas fisik**

**Defisit pengetahuan**

**Gangguan eliminasi alvi: konstipasi**

Gambar 2.4 *Pathway Hernia Nukleus Pulposus* (HNP)

**2.3 Konsep *Laminectomy***

**2.3.1 Definisi *Laminectomy***

Fraktur/patah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh ruda paksa(Brunner, 2012). *Laminectomy* merupakan prosedur bedah untuk membebaskan tekanan pada tulang belakang atau akar saraf tulang belakang yang disebabkan oleh stenosis tulang belakang. Stenosis tulang belakang adalah penyempitan kanal tulang belakang yang menekan urat tulang belakang yang berisi saraf (Black, 2010).

*Laminectomy* adalah suatu tindakan pembedahan atau pengeluaran dan atau pemotongan lamina tulang belakang dan biasanya dilakukan untuk memperbaiki luka pada spinal (Carpenito, 2011).

*Laminectomy* adalah memperbaiki satu atau lebih vertebra, osteophytis dan Hernia nodus pulposus (Price, 2008).

**2.3.2 Protokol Pembedahan *Laminectomy* yang dianjurkan antara lain :**

1. Pada pasien dengan gejala-gejala permanen yang bertambah saat berdiri atau menyebabkan claudicatio intermitten neurogenik 🡪 dekompresi dan stabilisasi.
2. Pada pasien tanpa gejala-gejala yang permanen tapi dengan gejala *intermitten* yang jelas berhubungan dengan postur 🡪 dilakukan prosedur stabilisasi, terutama jika keluhan membaik dengan korset lumbal.

Penurunan berat badan dan latihan untuk memperbaiki postur tubuh dan menguatkan otot-otot abdominal dan spinal harus dikerjakan bersama dengan pengobatan baik konservatif maupun pembedahan.

**2.3.3 Manifestasi Klinis *Laminectomy***

1. Ischialgia. Nyeri bersifat tajam, seperti terbakar, dan berdenyut sampai ke bawah lutut. Ischialgia merupakan nyeri yang terasa sepanjang perjalanan nervus ischiadicus sampai ke tungkai.
2. Dapat timbul gejala kesemutan atau rasa baal.
3. Pada kasus berat dapat timbul kelemahan otot dan hilangnya refleks tendon patella (KPR) dan Achilles (APR).
4. Bila mengenai konus atau kauda ekuina dapat terjadi gangguan defekasi, miksi dan fungsi seksual. Keadaan ini merupakan kegawatan neurologis yang memerlukan tindakan pembedahan untuk mencegah kerusakan fungsi permanen.
5. Nyeri bertambah dengan batuk, bersin, mengangkat benda berat, membungkuk akibat bertambahnya tekanan intratekal.
6. Kebiasaan penderita perlu diamati, bila duduk maka lebih nyaman duduk pada sisi yang sehat (Annor, 2011).

**2.3.4 Indikasi Operasi *Laminectomy***

Indikasi *Laminectomy* antara lain (siwan,2017):

1. *Laminectomy* dikerjakan pada keadaan adanya *spondilolistesis degeneratif* atau jika terdapat kerusakan operatif dari diskus atau facet joint.
2. Fraktur kompresi karena trauma indirek dari atas dan dari bawah, dapat menimbulkan fraktur stabil atau tidak stabil.

**2.3.5 Komplikasi *Laminectomy***

1. Masalah dengan Anestesi

Masalah bisa timbul bila diberikan selama operasi anestesi menyebabkan reaksi dengan obat lain pasien mengambil. Dalam kasus yang jarang terjadi, seorang pasien mungkin mengalami masalah dengan anestesi itu sendiri. Selain itu, anestesi dapat mempengaruhi fungsi paru-paru karena paru-paru dan memperluas serta ketika seseorang berada di bawah anestesi. Pastikan untuk mendiskusikan risiko dan keprihatinan Anda dengan anestesi (Yip, 2012).

1. *Thrombophlebitis* (Gumpalan Darah)

*Thrombophlebitis,* kadang-kadang disebut trombosis vena dalam (DVT), dapat terjadi setelah operasi apapun, hal ini terjadi ketika darah dalam vena besar dari kaki bentuk gumpalan darah, hal ini dapat menyebabkan kaki membengkak dan menjadi hangat saat disentuh dan menyakitkan. Jika gumpalan darah dalam pembuluh darah pecah, mereka dapat melakukan perjalanan ke paru-paru, di mana mereka menginap di kapiler dan memotong suplai darah ke sebagian dari paru-paru. Hal ini disebut emboli paru. (Paru berarti paru-paru, dan emboli mengacu pada sebuah fragmen dari sesuatu yang bepergian melalui sistem vaskular) (Yip, 2012).

1. Infeksi

Infeksi tulang belakang berikut pembedahan jarang tetapi dapat komplikasi yang sangat serius. Beberapa infeksi mungkin muncul lebih awal, bahkan sebelum Anda meninggalkan rumah sakit. Infeksi pada kulit, permukaan biasanya hilang dengan antibiotik. Lebih infeksi yang menyebar ke tulang dan jaringan lunak tulang belakang lebih sulit untuk mengobati. Mereka mungkin memerlukan pembedahan tambahan untuk mengobati bagian yang terinfeksi tulang belakang (Yip, 2012).

1. Instabilitas segmental

*Laminectomy* pembedahan dapat menyebabkan segmen tulang belakang untuk melonggarkan, membuatnya tidak stabil. Setiap segmen tulang belakang termasuk dua tulang belakang yang dipisahkan oleh disc intervertebral, saraf yang keluar dari sumsum tulang belakang pada tingkat itu, dan sendi facet kecil yang menghubungkan setiap tingkat kolom tulang belakang (Yip, 2012).

Facet sendi di belakang tulang belakang biasanya cukup memberikan stabilitas, bahkan ketika diambil dari lamina. Inilah sebabnya mengapa ahli bedah memilih untuk tidak menghapus sendi facet (Yip, 2012).

**2.4 Konsep Infeksi Luka Operasi (ILO)**

**2.4.1 Definisi Infeksi Luka Operasi(ILO)**

Infeksi luka operasi (ILO) adalah infeksi yang muncul pada luka bekas sayatan operasi. Dalam prosedur operasi, dokter bedah akan membuat sayatan pada kulit dengan menggunakan pisau bedah, sehingga menimbulkan luka operasi. Meskipun telah sesuai dengan prosedur operasi dan melalui berbagai tindakan pencegahan, kemungkinan munculnya infeksi pada luka operasi selalu ada. Sebagian besar infeksi luka operasi muncul dalam 30 hari pertama setelah operasi (Willy,2018).

**2.4.2 Kriteria Infeksi Luka Operasi**

Infeksi luka operasi merupakan infeksi insisi ataupun organ/ruang yang terjadi dalam 30 hari setelah operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat implant yang melibatkan kulit dan jaringan lunak yang lebih dalam (Tietjen, Bossemeyer & Noel, 2011). Kriteria untuk menentukan jenis ILO adalah sebagai berikut :

1. *Superficial Incision SSI (ITP Superfisial*) merupakan infeksi yang terjadi paska operasi dalam kurun waktu 30 hari dan infeksi tersebut hanya melibatkan kulit dan jaringan subkutan pada tempat insisi dengan setidaknya ditemukan salah satu tanda sebagai berikut :

a. Terdapat cairan purulent.

b. Kuman dari cairan atau tanda dari jaringan superfisial.

c. Terdapat minimal 1 dari tanda-tanda inflamasi. Tanda-tanda inflamasi meliputi kemerahan, panas, bengkak, nyeri, fungsi laesa terganggu (Septiari, 2012).

2. *Deep Insicional* SSI (ITP Dalam) merupakan infeksi yang terjadi paska operasi dalam kurun waktu 30 hari paska jika tidak menggunakan implan atau dalam kurun waktu 1 tahun jika terdapat implan dan infeksi tersebut memang tampak berhubungan dengan insisi dan melibatkan jaringan yang lebih dalam misalnya jaringan otot atau fasia pada tempat insisi dengan setidaknya terdapat salah satu tanda berikut :

a. Keluar cairan purulen dari tempat insisi.

b. Dehidensi dari fasia atau dibebaskan oleh ahli bedah karena ada tanda inflamasi.

c. Ditemukannya adanya abses pada preoperasi dan radiologis.

d. Dinyatakan infeksi oleh ahli bedah atau dokter yang merawat.

3. Organ/*Space* SSI merupakan infeksi yang terjadi pasca operasi dalam kurun waktu 30 hari yang melibatkan suatu bagian anotomi tertentu contoh organ atau ruang pada tempat insisi yang dibuka atau dimanipulasi pada saat operasi dengan setidaknya terdapat salah satu tanda berikut :

a. Keluar cairan purulen dari drain organ dalam.

b. Didapat isolasi bakteri dari organ dalam.

c. Ditemukan abses.

d. Dinyatakan infeksi oleh ahli bedah atau dokter.

**2.4.3 Jenis Luka Operasi**

Menurut Ekaputra (2013), luka operasi dapat dibagi sebagai berikut :

1. Luka operasi bersih pembuatan luka atau operasi dilakukan pada daerah kulit tanpa peradangan dengan tidak membuka *traktus respiratorius, traktus gastrointestinal, traktus orofaring, traktus urinarius, atau traktus bilier*. Operasi dilakukan dengan penutupan kulit primer atau pemakaian drain tertutup, misalnya luka pada daerah wajah, kepala, ekstermitas atas atau bawah.

2. Luka bersih terkontaminasi pembuatan luka atau operasi dengan membuka *traktus digestive, traktus urinarius, traktus respiratorius* sampai dengan *orofaring, traktus* reproduksi kecuali ovarium. Misalnya operasi pada *traktus bilier, apendiks, vagina* atau orofaring, *laparatomi, trakeotommi, neprostomi*.

3. Luka kotor atau kronik operasi yang melewati daerah purulent, inflamasi memanjang dan hasil klinis menunjukkan adanya infeksi.

**2.4.4 Klasifikasi Pembedahan**

Menurut Septiari (2012) pembedahan dibagi menjadi 4 klasifikasi yaitu :

1. Operasi Bersih

Operasi pada keadaan prabedah tanpa adanya luka atau operasi yang melibatkan luka steril, dan dilakukan dengan memperhatikan prosedur aseptik dan antiaseptik. Operasi bersih saluran pencernaan maupun saluran pernapasan serta saluran perkemihan tidak dibuka. Contohnya:: hernia, tumor payudara, tumor kulit.

2. Operasi bersih terkontaminasi

Operasi seperti keadaan di atas dengan daerah-daerah yang terlibat pembedahan seperti saluran napas, saluran kemih, atau pemasangan drain. Contohnya: prostatektomi, apendiktomi tanpa radang berat, kolesistektomi elektif.

1. Operasi terkontaminasi

Operasi yang dikerjakan pada daerah dengan luka yang terjadi 6-10 jam dengan atau tanpa benda asing. Tanda-tanda infeksi tidak ada namun kontaminasi jelas karena saluran pernafasan, pencernaan atau perkemihan dibuka. Tindakan darurat yang mengabaikan prosedur aseptik dan antiaseptik Contohnya: operasi usus besar, operasi kulit (luka kulit akibat trauma).

1. Operasi kotor

Operasi ini yang melibatkan daerah dengan luka yang telah terjadi lebih dari 10 jam. Tanda-tanda klinis infeksi luka Contohnya: luka trauma yang lama, perforasi usus. Operasi dilakukan apabila ada keadaan darurat saja.

Menurut Tietjen, Bossemeyer & Noel (2011), klasifikasi luka bedah terdiri dari empat kategori sebagai berikut :

* 1. Kelas I - Bersih luka operasi yang tidak terinfeksi serta tanpa peradangan dan tidak masuk saluran pernapasan, gastrointestinal dan perkemihan. Contohnya: hernia repair, biopsi mammae.
  2. Kelas II - Bersih terkontaminasi luka yang masuk saluran napas, gastrointestinal, genital atau saluran perkemihan di bawah kondisi terkontrol tetapi tanpa kontaminasi luar biasa. Contohnya: cholecystectomy, operasi saluran pencernaan elektif.
  3. Kelas III - Terkontaminasi luka terbuka luka baru atau suatu pembedahan dalam teknik aseptic dan termasuk suatu insisi dimana ditemukan peradangan akut tidak bernanah. Contohnya: trauma, luka jaringan yang luas, enterotomy saat obstrusi usus.
  4. Kelas IV – Kotor luka lama dengan jaringan mati dan luka yang melibatkan infeksi klinis yang telah ada atau perforasi usus, yang menyebabkan infeksi pasca pembedahan yang terdapat luka sebelum pembedahan. Contoh : Perforasi diverculitis, infeksi nekrotik jaringan lunak.

**2.4.5 Tanda-Tanda Infeksi**

Menurut Septiari (2012) tanda-tanda infeksi adalah sebagai berikut :

1. Rubor (Kemerahan)

Rubor adalah kemerahan, ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.

1. Calor (Panas)

Kalor adalah rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas, ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

3. Tumor (Bengkak)

Tumor dalam konteks gejala infeksi bukan sel kanker seperti yang umum dibicarakan akan tetapi pembengkakan yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah.

1. Dolor (Nyeri)

Adalah rasa nyeri yang dialami pada area yang mengalami infeksi, ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal jadi jangan abaikan nyeri karena mungkin saja ada sesuatu yang berbahaya.

Menurut Morison (2013) terkait tingkatan tanda-tanda infeksi meliputi eksudat merupakan sesuatu yang keluar dari luka, cairan luka, drainase luka dan kelebihan cairan normal tubuh. Eksudat yang dikatakan minimal yaitu tidak ada eksudat atau ada eksudat tetapi tidak purulen, dan jumlahnya tidak lebih dari seperempat kassa balutan, dikatakan eksudat sedang apabila eksudat berwarna kekuningan dan jumlahnya maksimal setengah dari kassa balutan dan dikatakan eksudat banyak apabila eksudat purulen dan jumlahnya lebih dari setengah kassa pembalut. Eritema merupakan kemerahan pada kulit yang disebabkan pelebaran pembuluh kapiler yang *reversible*. Eritema dinilai minimal jika tidak ada eritema atau ada eritema tetapi tidak terlalu tampak, dikatakan eritema sedang apabila hanya sekitar jaringan yang artinya ada eritema, tetapi tidak lebih dari 0,5 cm dari luka kemudian dikatakan eritema banyak apabila meluas keluar daerah sekitar luka artinya ada eritema dan meluas lebih dari 0,5 cm dari luka.

Edema (bengkak) merupakan pembengkakan yang terjadi dikarenakan penumpukan cairan pada exstremitas maupun pada organ dalam tubuh. Edema dikatakan ringan apabila tidak ada edema atau ada edema tetapi tidak terlalu tampak, dikatakan edema sedang apabila tampak ada edema tetapi tidak disertai kemerahan kemudian dikatakan edema berat apabila tampak sekali ada edema yang menonjol dan disertai kemerahan. Hematoma merupakan suatu kondisi dimana darah terakumalasi diluar pembuluh darah atau pengaruh dari pendarahan internal. Letak nyeri dinilai ringan apabila hanya di daerah luka, letak nyeri dinilai sedang apabila hanya di daerah luka sedangkan dinilai berat jika nyeri menyebar ke daerah sekitar luka. Intensitas nyeri dinilai ringan jika tidak ada nyeri atau hanya pada saat penggantian balutan, dinilai sedang apabila nyeri yang dirasa kadang-kadang muncul dan dinilai berat apabila rasa nyeri selalu dirasakan pasien. Bau dinilai ringan apabila tidak ada bau, bau dinilai sedang apabila terdapat bau yang tidak menusuk saat balutan dibuka sedangkan bau dinilai berat jika terdapat bau yang menusuk, baik saat balutan belum dibuka maupun setelah dibuka.

**2.4.6 Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi**

Menurut CDC (2012) Faktor resiko ILO adalah faktor pasien meliputi status nutrisi, diabetes tidak terkontrol, merokok, obesitas, infeksi yang terjadi sebelum operasi di tempat selain lokasi operasi, kolonisasi mikroorganisme, imunodefisiensi, lama tinggal di rumah sakit sebelum operasi sedangkan, faktor operasi cukur rambut pre-operatif, skin preparation pre-operatif, durasi operasi, antibiotik profilaksis, ventilasi ruang operasi, benda asing di lokasi operasi, drain bedah, teknik bedah (hemostasis tidak baik, gagal menghilangkan dead space, trauma jaringan). Menurut Tietjen, Bossemeyer & Noel (2011) faktor resiko infeksi luka meliputi obesitas merupakan resiko infeksi karena memerlukan insisi yang lebih lebar, mengurangi sirkulasi pada jaringan lemak atau kesulitan teknik melakukan pembedahan melalui lapisan lemak yang tebal. Imunodefisiensi merupakan pasien dengan penyakit HIV/AIDS, pasien dengan menggunakan kortikosteroid kronis seperti terjadi pada pasien asma atau perokok berat sehingga memiliki resiko infeksi luka operasi yang lebih besar. Malnutrisi, usia, ras, status sosialekonomi dan penyakit kronis, perawatan prabedah terlalu lama, pembersihan rambut prabedah, persiapan kulit yang luas pada tempat insisi yang akan dibuat, teknik bedah, lamanya tindakan bedah, pulang segera pascabedah.

Faktor resiko infeksi luka operasi antara lain (Darmadi, 2008) antara lain sebagai berikut :

1. Tingkat kontaminasi luka yang terkait dengan jenis operasi.

2. Faktor penjamu

Faktor predisposisi yang dimiliki oleh penderita misalnya obesitas, adanya infeksi peioperatif, penggunaan obat kortikosteroid, penyakit penyerta seperti diabetes mellitus serta mal nutrisi berat.

1. Faktor lokasi luka operasi

Disebabkan karena adanya suplai darah yang buruk ke daerah operasi, pencukuran daerah operasi (cara dan waktu pencukuran), lokasi luka yang mudah tercemar (dekat perineum), persiapan dan kesiapan operasi, devitalisasi jaringan, benda asing, lamanya proses pembedahan berlangsung maka makin besar infeksi yang terjadi, lama hari perawatan dirumah sakit maka terjadi infeksi makin besar.

Menurut Morison (2013) Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko infeksi pada luka operasi meliputi:

1. Durasi rawat inap pra operatif semakin lama pasien dirawat di rumah sakit sebelum operasi, maka semakin rentan terhadap infeksi luka. Alasan tepat mengenai kondisi tersebut tidak dapat diketahui secara pasti, tetapi dimungkinkan karena kulit pasien terpapar mikroorganisme rumah sakit yang resisten terhadap antibiotik multipel.

2. Persiapan kulit pra operatif beberapa bentuk persiapan kulita pra operasi meliputi mandi dengan sabun, mencukur sekitar daerah yang akan dioperasi.

3. Penggunaan antibiotik profilaksis membuat risiko infeksi berkurang sampai dengan 75%. Pemberian antibiotik secara umum diberikan satu jam sebelum pembedahan maupun selama induksi anesthesia.

4. Faktor selama operasi lamanya operasi, tingkat trauma yang diderita jaringan selama operasi, masuknya benda asing, misalnya benang atau drain mempengaruhi probabilitas infeksi luka operasi dan kemungkinan tinggi terjadinya kerusakan luka berikutnya.

5. Perawatan luka pasca operatif perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam pentalaksanaan luka bedah tertutup. Peran perawat meliputi observasi luka dan pengkajian pasien, penggantian balutan dan perawatan luka secara umum. Ruang perawatan luka operasi juga berpengaruh terhadap peningkatan risiko infeksi. Untuk mencegah kontaminasi udara pada luka, ruang perawatan direkomendasikan memiliki sistem ventilasi mekanik yang baik.

Menurut Faridah (2012) karakteristik pasien yang perlu diwaspadai terhadap resiko kemungkinan terkena ILO adalah umur pasien dan penyakit penyerta yang dialami pasien. Umur pasien perlu diwaspadai terkait hubungannya dengan kejadian ILO, misalnya pada kasus geriatri terdapat banyak kemungkinan penyakit yang akan muncul dan mempengaruhi kejadian SSI seperti menurunnya ketahanan imunologis tubuh, malnutrisi, hipoalbumin, dan intake yang kurang adekuat sering terjadi pada usia lanjut sedangkan, penyakit penyerta pasien perlu diwaspadai terutama pada penyakit penyerta diabetes dan gangguan sistem imun. Gangguan yang terjadi berkaitan dengan umur dan penyakit penyerta tersebut dikhawatirkan dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka pasca operasi yang dilakukan oleh pasien.

Menurut Setiyawati (2008), Faktor ketidakpatuhan dari perawat merupakan resiko terjadinya infeksi. Perawat yang melakukan perawatan luka post opersi ditunjukkan dengan belum menggunakan prosedur dengan benar, misalnya melakukan perawatan luka post operasi dengan 1 set medikasi digunakan untuk pasien secara bersama-sama (banyak pasien), perawat tidak mencuci tangan sebelum melakukan tindakan medikasi, perawat tidak memperhatikan teknik steril seperti tidak memakai sarung tangan steril saat medikasi.

**2.5 Konsep *Debridement***

* + 1. **Definisi *Debridement***

*Debridement* merupakan suatu tindakan eksisi yang bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis maupun debris yang menghalangi proses penyembuhan luka dan potensial terjadi atau berkembangnya infeksi sehingga merupakan tindakan pemutus rantai respon inflamasi sistemik dan maupun sepsis (Chadwick, 2012).

* + 1. **Tujuan *Debridement***

Menurut OTA (2010) tujuan dilakukan tindakan *debridement* yaitu :

1. Ekstensi dari luka akibat trauma untuk identifikasi zona cidera (*injury zone*).

2. Deteksi dan membuang benda-benda asing terutama yang organic.

1. Deteksi dan membuang jaringan yang tidak *viable.*
2. Reduksi kontaminasi bakteri.
3. Membuat luka baru yang resisten terhadap kontaminasi bakteri.

**2.5.3 Indikasi *Debridement***

Indikasi dilakukannya tindakan debridement menurut Majid (2011) sebagai berikut :

1. Luka dengan proses pemulihan lambat disertai *fraktur* tulang akibat kecelakaan atau [trauma](https://www.docdoc.com/id/id/info/condition/cedera). Jenis fraktur ini biasanya merusak kulit sehingga luka terus mengeluarkan darah dan hematoma. Jika kondisi *fraktur* sangat parah dan memerlukan pencangkokan tulang, *debridement* akan dilakukan untuk membersihkan dan mempersiapkan area *fraktur* untuk prosedur cangkok.
2. Pasien yang terdiagnosis [*osteomielitis*](https://web.docdoc.com/id/info/condition/osteomyelitis). Kondisi ini ditandai dengan tulang yang meradang akibat infeksi. Kondisi ini jarang terjadi di negara maju dan umumnya disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus aureus* yang dapat menyebar hingga sumsum tulang.
3. Pasien yang terdiagnosis pertumbuhan lesi jinak pada tulang. Dalam kasus tertentu, pencangkokan tulang diperlukan untuk menyempurnakan pengobatan, dan *debridement* tulang merupakan salah satu proses yang harus dijalani.
4. Pasien diabetes dengan luka terbuka pada tangan atau kaki yang beresiko mengalami infeksi. Infeksi kaki cukup umum di antara pasien diabetes, umumnya memerlukan perawatan khusus dan agresif untuk menyelamatkan anggota tubuh dari amputasi total.
5. Korban kebakaran, terutama dengan cedera yang agak dalam.

**2.5.4 Kontraindikasi *Debridement***

Kontraindikasi dilakukannya tindakan debridement menurut Majid (2011) sebagai berikut :

1. Kondisi fisik yang tidak memungkinkan.
2. Gangguan pada proses pembekuan darah.
3. Tidak tersedia donor yang cukup untuk menutup permukaan terbuka (*raw surface*) yang timbul.

**2.5.5 Pemeriksaan Penunjang *Debridement***

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan sebelum tindakan debridement menurut Majid (2011) sebagai berikut :

1. *Rontgen.*
2. Laboratorium: darah lengkap, tes fungsi ginjal, tes fungsi hati, analisa gas darah (untuk penderita luka bakar dengan kecurigaan trauma inhalasi), serum elektrolit, serum albumin.

**2.6 Konsep Asuhan Keperawatan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP)**

Proses keperawatan adalah cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan. (Suharyanto, 2013)

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data. (Suharyanto, 2013).

1. **Pengumpulan Data**

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur meliputi unsur bio-psiko-sosial-spiritual yang komperhensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

1. **Identitas**

HNP sering ditemukan pada laki-laki yang berumur 25-50 tahun, dan juga disebabkan karena pekerjaan yang berat, contohnya pekerjaan penambang batu, kuli bangunan, sopir truk (Lina, 2008).

1. **Keluhan Utama**

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien adalah nyeri pada punggung. Nyeri ini mungkin bisa berupa nyeri kolik. (Lina, 2008).

1. **Riwayat penyakit sekarang**

Kaji adanya riwayat trauma akibat mengangkat atau mendorong benda yang berat. Pengkajian yang didapat keluhan *paraparesis flasid*, *parestesia,* dan *retensi urine*. Keluhan nyeri pada punggung bawah, ditengah-tengah area pantat dan betis, belakang tumit, dan telapak kaki. Pasien sering mengeluh kesemutan (*parastesia*) atau baal bahkan kekuatan otot menurun sesuai dengan distribusi persarafan yang terlibat.

1. **Riwayat penyakit dahulu**

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi apakah pasien pernah menderita *tuberkulosis* tulang, *osteomielitis*, keganasan *(mieloma multipleks*), dan metabolik (*osteoporosis*) yang semua penyakit ini sering berhubungan dengan kejadian dan meningkatkan risiko *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP).

Pengkajian lainnya adalah menanyakan adanya riwayat hipertensi, riwayat cedera tulang belakang, diabetes militus, dan penyakit jantung. Pengkajian ini berguna sebagai data untuk melakukan tindakan lainnya dan menghindari komplikasi.

1. **Riwayat penyakit keluarga**

Meliputi jumlah keluarga yang tinggal bersama pasien, dan perlu dikaji riwayat penyakit kronik atau penyakit seperti Pasien yang dialami anggota keluarga dalam suatu rumah, riwayat anggota keluarga yang terkena *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) (Prabowo & Pranata, 2014).

1. **Riwayat Alergi**

Perawat perlu mengklarifikasi pengobatan masa lalu dan riwayat alergi, catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu dan penting bagi perawat untuk mengetahui bahwa pasien kadang salah mendeskripsikan antara suatu alergi dengan efek samping obat.

1. **Pengkajian psiko-sosio-spiritual**

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan pasien perlu dilakukan untuk menilai respons emosi Pasien terhadap penyakit yang dideritanya, perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat, dan respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

Apakah pasien mengalami dampak yang timbul akibat penyakit seperti ketakutan akan kecacatan , rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh). Adanya perubahan berupa paralisis anggota gerak bawah memberikan manifestasi yang berbeda pada setiap pasien yang mengalami gangguan pada tulang belakang. Semakin lama pasien menderita *paraparese* tersebut,maka mungkin akan bermanifestasi pada koping yang tidak efektif. Adanya perubahan hubungan dan peran disebabkan oleh karena pasien mengalami kesulitan dalam beraktivitas mengakibatkan ketidak mampuan dalam status ekonomi. Pola persepsi dan konsep diri yang ditemukan adalah pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Karena pasien harus menjalani rawat inap maka perawat harus mengkaji apakah keadaan ini akan memberi dampak pada status ekonomi pasien, karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Pengobatan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) yang memerlukan biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga. Hal ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga. Perawat juga melakukan pengkajian terhadap fungsi *neurologis* dan dampak gangguan *neurologis* yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah, yaitu keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologis dalam hubunganya dengan peran sosial pasien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pasien dengan gangguan *neurobiologis* di dalam dukungan sistem individu.

1. **Pemeriksaan fisik**

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan- keluhan pasien , pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan persistem dan terarah (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*Brain*) dan B6 (*Bone)* dan dihubungkan dengan keluhan pasien.

1. Keadaan umum

Pada *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP), keadaan umum biasanya tidak mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda vital meliputi bradikardi, hipotensi yang berhubungan dengan penurunan aktivitas karena adanya paraparese.

1. B1 *(BREATHING)*

Jika terjadi area yang terkena *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah sistem saraf *spinal thoracal* (T1-T12), maka akan terjadi gangguan pada system pernafasan dan biasanya yang ditemukan pada pemeriksaan:

Inspeksi, pasien terlihat sesak nafas, dan frekuensi pernafasan meningkat.

Palpasi, ditemukan taktil fremitus yang tidak seimbang kanan dan kiri.

Auskultasi, ditemukan adanya bunyi nafas tambahan (pada pasien yang mengalami asma bronchial akibat gangguan pada saraf spinal thorakal).

1. B2 *(BLOOD)*

Gangguan kardiovaskular dan perubahan tekanan darah dapat terjadi pada kasus HNP yang mengenai saraf spinal thoracal (T1-T12) dan saraf *spinal cervikal* atas (C1-C2).

1. B3 *(BRAIN)*

Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada system lainya.

Inspeksi umum, kurvatura yang berlebihan, pendataran arkus lumbal, adanya *angulus, pelvis* yang miring atau asimetris,muskulatur para *vertebra*l atau pantat yang asimetris, postur tungkai yang abnormal. Hambatan pada pergerakan punggung. Pelvis dan tungkai selama bergerak.

1. **Tingkat Kesadaran**

Tingkat kesadaran Pasien biasanya compos mentis, biasanya juga terjadi penurunan kesadaran apabila yang terkena saraf spinal cervical atas (C1 Dan C2).

1. **Pemeriksaan Fungsi Serebri**

Status mental: observasi penampilan pasien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara Pasien dan observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik. Status mental Pasien yang telah lama menderita *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) biasanya mengalami perubahan.

1. **Pemeriksaan Saraf *Cranial***
2. Saraf I. Biasanya pada pasien *Hernia Nucleus* Pulposus (HNP) tidak ada kelainan dan fungsi penciuman tidak ada kelainan.
3. Saraf II. Hasil tes ketajaman penglihatan biasanya normal.
4. Saraf III, IV, dan VI. Pasien bisanya tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata, pupil isokor.
5. Saraf V. Pada Pasien *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) umumnya tidak ditemukan paralisi pada otot wajah dan refleks kornea biasanya tidak ada kelainan.
6. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris.
7. Saraf VIII. Tidak ditemukan tuli konduktif dan tuli persepsi
8. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan baik.
9. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot *sternokleidomastoideus* dan *trapezius*.
10. Saraf XII. Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan ada fasikulasi, indra pengecapan normal
11. **Sistem motorik**
12. Kaji kekuatan fleksi dan ekstensi tungkai atas, tungkai bawah, kaki, ibu jari, dan jari lainnya dengan meminta Pasien melakukan gerak fleksi dan ekstensi menahan gerakan tersebut.
13. Ditemukan atropi otot pada pada maleolus atau kaput fibula dengan membandingkan kanan kiri.
14. Fakulasi (konraksi involunter yang bersifat halus) pada otot-otot tertentu.
15. **Pemeriksaan refleks**
16. Refleks Achilles pada HNP L4-L5.
17. Refleks lutut/patella pada HNP lateral L4-L5.
18. **Sistem sensorik**

Lakukan pemeriksaan rasa raba, rasa sakit, rasa suhu, rasa dalam, dan rasa getar *(vibrasi*) untuk menentukan dermatom yang terganggu sehingga dapat ditentukan pula radiks yang terganggu. Palpasi dan perkusi harus dikerjakan dengan hati-hati atau halus sehingga tidak tidak membingungkan Pasien. Palpasi dilakukan pada daerah yang ringan rasa nyerinya ke arah yang paling terasa nyeri.

* 1. B4 *(BLADDER)*

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah, dan karakteristik, termasuk berat jenis urine. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi pada ginjal. Gangguan pada sistem perkemihan biasa terjadi jika terkena pada saraf *spinal lumbal*.

* 1. B 5 *(BOWEL)*

Pemenuhan nutrisi berkurang karena adanya mual dan asupan nutrisi yang kurang. Lakukan pemeriksaan rongga mulut dengan melakukan penilaian ada tidak nya lesi pada mulut atau perubahan pada lidah.hal ini dapat menunjukkan adanya dehidrasi. Gangguan sistem pencernaan dapat terjadi jika terkena saraf *spinal thorakal* (mempersarafi usus kecil) dan *lumbal* (usus besar). Jika area sakral dan koksigeal yang yang mengalami hernia, biasanya akan menimbulkan gangguan pada *sphinkter* karena saraf spinal ini mempersarafi otot-otot disekitarnya termasuk *sphinkter ani eksternal*.

* 1. B6 *(BONE)*

Adanya kesulitan dalam beraktivitas dan menggerakkan badan karna adanya nyeri, kelemahan, kehilangan sensorik, dan mudah lelah menyababkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat. *Inspeksi, kurvatura* yang berlebihan, pendataran *arkus lumbal*, adanya *angulus, pelvis* yang miring serta *asimetris, maskulatur paravertebral* atau bokong yang *asimetris, postur* tungkai yang abnormal. Adanya kesulitan atau hambatan dalam melakukan pergerakan punggung, *pelvis*, dan tungkai selama bergerak. Palpasi, ketika meraba *kolumna vertebralis*, cari kemungkinan adanya deviasi kelateral atau *antero posterior*. Palpasi pada daerah yang ringan, rasa nyerinya kearah yang paling terasa nyeri.

**2.6.2 Analisa Data**

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan. (Taylor & Ralph, 2010)

**2.6.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

* 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
  2. Gangguan eliminasi alvi: Konstipasi berhubungan dengan efek tindakan medis dan efek diagnostik. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
  3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
  4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
     1. **Perencanaan Intervensi**

Perencanaan merupakan keputusan awal tentang apa yang akan dilakukan, bagaimana, kapan itu dilakukan, dan siapa yang akan melakukan kegiatan tersebut. Rencana keperawatan yang memberikan arah pada kegiatan keperawatan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| no | Diagnosa | Intervensi | rasional |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan operasi), Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) | Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun.  Kriteria Hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Keluhan nyeri menurun 7. Meringis cukup menurun 8. Sikap protektif menurun 9. Gelisah menurun   10.Kesulitan tidur menurun  Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi:  1. Identifikasi skala nyeri  2. Fasilitasi istirahat dan tidur  3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)  4. Kolaborasi pemberian analgesic | 1.mengetahui derajat nyeri yang dirasakan oleh pasien  2.meningkatkan rasa nyaman pasien  3.mengurangi nyeri yang dirasakan  4.menentukan keefektifan obat |
| 2 | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) | Tujuan:Intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi mandiri dan penuh.  Kriteria Hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):  1. Pergerakan ekstremitas meningkat.  2. Nyeri menurun.  3. Kaku sendi menurun.  4. Pergerakan sendi leher meningkat  Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi:  1. Observasi TTV   1. Pengaturan posisi 2. Menejement nyeri 3. Dukungan perawatan diri 4. Edukasi latihan fisik 5. Dukungan mobilisasi 6. Kolaborasi pemberian obat sesuai advis dokter | 1.Untuk mengetahui keadaan umum pasieN  2. Memberikan posisi nyaman dan mencegah dikubitus  3. Mengurangi rasa nyeri karena gangguan muskuloskeletal  4. Untuk menjada kebersihan diri pasien  5. Untuk mengurangi kaku sendi dan mempercepat proses penyembuhan  6. Untuk melatih pergerakan pasien  7. Mempercepat proses penyembukan pasien dengan farmakologis |
| 3 | Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan Immobilisasi sekunder akibat post op, Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) | Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan dapat BAB lancar  Kriteria Hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):  1.Kontrol pengeluaran feses meningkat.  2.Mengejan saat defekasi meningkat.  3.Konsistensi feses membaik meningkat.  Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi:  1. Management konstipasi.  2.Management laktasif.  3.Dukungan perawatan diri.  4.Promosi latihan fisk.  5.Kolaborasi pemberian obar sesuai advis dokter.  . | 1.Untuk mempercepat proses eliminasi alvi pada pasien.  2.Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan memperlancar proses eliminasi alvi.  3.Untuk memenuhi kebutuhan eliminasi alvi pada pasien.  4.Untuk memenuhi kebutuhan eliminasi alvi pada pasien.  5.Untuk mempercepat proses eliminasi dengan farmakologi. |
| 4 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi mandiri dan penuh.  Kriteria Hasil :  1. Pergerakan ekstremitas  2. Nyeri menurun  3. Kaku sendi menurun  4. Pergerakan sendi leher meningkat  Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), intervensi :  1. Observasi TTV  2. Pengaturan posisi  3. Manajement nyeri  4. Dukungan perawatan diri  5. edukasi latihan fisik  6. dukungan mobilisasi | 1. untuk mengetahuio keadaan umum pasien  2. untuk memberikan rasa nyaman pada pasien  3. mengurangi rasa nyeri  4. untuk membantu pasien dalam perawatan diri  5. untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan  6. untuk mengurangi resiko terjadinya luka akibat kurangnya mobilisasi |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah tahap keempat proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan pada pasien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi pasien saat ini dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh Pasien (Muttaqin & Sari, 2014).

* + 1. **Evaluasi**

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru (Prabowo & Pranata, 2014)

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.M dengan *Post Operation Debridement* Hari Ke-5, *Laminectomy* Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di Ruang H1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang diamati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai tanggal 29 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 jam 07.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga dan file No. Register 00.XXX sebagai berikut:

**3.1 Pengkajian**

1. **Identitas**

Seorang pasien laki-laki yang bernama Tn.M umur 68 tahun beragama Islam, pendidikan terakhir pasien SD, pekerjaan pasien sebagai seorang petani tinggal di Gresik. Status pasien menikah, memiliki 3 orang anak, bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa,Indonesia.

1. **Riwayat Sakit dan Kesehatan**
2. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada bagian punggung bekas operasi

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengeluh nyeri dan mengeluarkan cairan pada bagian punggung bekas operasi *laminectomy* pada tanggal 18 November 2019 di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, setelah itu pasien datang ke poli syaraf RSPAL Dr.Ramelan Surabaya pada tanggal 15 januari 2020 pukul 15.00 untuk kontrol, dilakukan pemeriksaan EKG dan pemeriksaan dokter. Dokter mengatakan Tn.M mengalami infeksi pada bekas operasi *laminectomy*, setelah itu Tn.M disarankan untuk rawat inap. Pada pukul 16.30 pasien di pindah ke ruang H1 untuk dilakukan perawatan lanjutan. Pada tanggal 22 januari 2020 pasien dilakukan tindakan operasi debridement.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

*Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) pada ahun 2018 dan operasi *Laminectomy* pada tanggal 18 November 2019 di RSPAL dr Ramelan Surabaya

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat keluarga Tn.M tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes, asthma, dan penyakit Jantung Koroner.

1. Riwayat Alergi

Pasien tidak memiliki alergi obat dan alergi makanan.

1. Keadaan umum

Tn.M keadaan umumnya lemah, kesadaran Tn.M compos Mentis dengan GCS: E: 4 V:5 M: 6.

1. Tanda-Tanda Vital : Tekanan Darah 130/80 MmHg, Suhu 36,00C, Nadi 84x/Mnt, Rr 20x/Menit.
2. Status Nyeri

Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, terasa cenut-cenut pada bagian punggung dengan skala nyeri 4 dengan frekuensi hilang timbul. Paisen tampak meringis dan bersikap protektif.

**3.1.3 Genogram**

X

X

X

X

X

68th

Gambar 3.1 Gambar Genogram Tn.M

Keterangan :

Tn.M memiliki 2 orang tua yang sudah meninggal dan 2 mertua yang sudah meninggal Tn.M 4 bersaudara dan Tn.M adalah anak nomer 1. Tn.M memiliki seorang istri, istri Tn.M 5 bersaudara tetapi kakak ke 2 dan ke 3 istri Tn.M telang meninggal dunia, istri Tn.M sendiri adalah anak ke 5. Setelah menikah Tn.M dan istri memiliki 3 orang anak dan saat init Tn.M dan istri tinggal bersma anakan pertamanya.

: Laki-laki : Pasien :Tinggal Serumah

: Perempuan : Meninggal

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. B1 Breath (Pernapasan)

Wawancara : Pasien mengatakan tidak sesak napas dan tidak batuk, Inspeksi : Pergerakan dada simetris, bentuk dada normochest, napas spontan tidak ada deviasi trakea, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, pola nafas eupnea, palpasi : fokul fremitus getaran diantara kanan dan kiri teraba sama didapatkan, perkusi : area paru sonor, Auskultasi : Irama napas regular, suara napas vesikuler, ronchi -/-, wheezing -/-.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B2 Blood (Sirkulasi)

Inspeksi : tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, akral hangat, kering, merah, ictus cordis (+) teraba di midclavicula ICS 4,5 line sinistra, tidak ada pelebaran, Palpasi : pada dinding thorax teraba kuat, irama jantung regular, Auskultasi : suara jantung S1/S2 tunggal, tidak ada suara tambahan, murmur (-), galop (-), SpO2  99 %.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B3 Brain (Persarafan)

Inspeksi

GCS : Eye : 4 Verbal : 5 Motorik : 6, Reflek cahaya : +/+ , Pupil isokor : +/+ , konjungtiva : tidak ada anemis, sklera mata : Tidak ada icterus, tidak pernah kejang, pasien mengeluh nyeri luka operasi pada bagian punggung.

Pengkajian Nervus 1 – 12 :

1. Nervus I (Saraf Olfaktorius) :

Klien mampu membau parfum dengan baik.

1. Nervus II (Saraf Optikus) :

Klien mampu melihat dengan baik pada jarak 5 meter.

1. Nervus III (Saraf Okulomotorius) :

Klien mampu menggerakkan bola mata dari dalam keluar.

1. Nervus IV (Saraf Troklearis) :

Klien mampu menggerakkan mata kebawah, kesamping.

1. Nervus V (Saraf Trigeminus) :

Klien tidak ada keluhan pada kulit wajah mencong (-), kepekaan klien mampu mengecap dan mengunyah makanan dengan baik.

1. Nervus VI (Saraf Abdusens) :

Klien mampu menggerakkan mata kesamping.

1. Nervus VII (Saraf Fasialis) :

Klien tidak ada mencong pada wajah, bentuk simetris, mampu mengecap/merasa.

1. Nervus VIII (Saraf Vestibulokoklearis) :

Klien mampu mendengar dengan baik dan pergerakan seimbang.

1. Nervus IX (Saraf Glosofaringeus) :

Klien mampu menelan dengan baik dan menggerakkan lidah dengan baik.

1. Nervus X (Saraf Vagus) :

Klien mampu bicara dengan baik dan menelan dengan baik tidak ada nyeri telan,

1. Nervus XI (Saraf Aksesorius) :

Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu dengan baik.

l. Nervus XII (Saraf Hipoglosus) :

Klien mampu menggerakkan lidah dengan baik.

Reflek Fisiologi, reflek bisep (+), reflek trisep (+), reflek patala (+)

Reflek patologi : -/-.

**Masalah Keperawatan : Nyeri Akut**

1. B4 Bladder (Perkemihan)

Wawancara : tidak ada keluhan, terpasang kateter, tidak ada nyeri saat buang air kecil, tampak terpasang folley kateter ukuran 15, warna urine kuning jernih, palpasi : tidak ada distensi vesikaurinaria, SMRS : 4-5 x perhari warna : kuning bau : khas, setelah MRS: intake output/balance cairan : produksi urine 1500cc/24 jam, intake 1500cc/24 jam (minum.cairan infuse, dan makanan berkuah).

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. B5 Bowel (Pencernaan)

Wawancara : Pasien mengatakan tidak mual, tidak ada muntah, Palpasi dan Perkusi: terdapat distensi abdomen hepar,lien tidak teraba, Auskultasi : bising usus 3x/mnt dengan intake makan hanya 3 sendok, minum, cairan infuse 500cc, SMRS : 3 x perhari, Warna : Kuning kecoklatan, Bau : Khas, MRS : Belum BAB sejak post operasi hari ke-5, BB sebelum sakit : 57 kg BB saat sakit : 52 kg, TB pasien 154 cm

**Masalah keperawatan : Gangguan eliminasi Alvi (Konstipasi)**

1. B6 Bone (Muskuloskeletal)

Inspeksi : tida ada fraktur, tidak ada deformitas.

Palpasi : kekuatan otot 33333 33333

33333 33333

Tulang : tidak simetris.

Kelainan jaringan/ trauma : kelainan pada lumbal.

**Masalah Keperawataan : Gangguan Mobilitas Fisik**

* + 1. **Pemeriksaan Persistem**

1. Sistem Integumen

Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, terdapat luka pada punggung bekas operasi *laminectomy,* dengan panjang ±5cm, kondisi luka tampak kemerahan, bekas luka belum kering, terdapat 6 jahitan.

**Masalah Keperawatan : Gangguan integritas kulit**

1. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan : pasien tidak menggunakan kacamata.

Sistem pendengaran : pasien mampu mendengar ucapan dengan baik.

Sistem penciuman : pasien mampu membau dengan baik.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Endokrin

Keadaan tiroid : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nyeri tekan tiroid tidak ada.

Terkait pertumbuhan : tidak ada gangguan pada hormon pertumbuhan.

Terlait hormon reproduksi : tidak ada kelanan pada hormon reproduksi, peminisma (-), maskulinisma (-), klien mempunyai 3 orang anak.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Sistem Reproduksi/Genetalia

Tidak ada Masalah seksual berhubungan dengan penyakit yang di derita.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

5. Kemampuan Perawatan Diri

Sebelum sakit pasien mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi, berpindah, berjalan, dan naik tangga bisa dilakukan secara mandiri dan setelah sakit seluruh kegiatan pasien harus dibantu dengan orang lain atau alat bantu.

**Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik**

6. Gangguan Perseptual,psiko.sosial, spiritual

Persepsi terhadap sehat sakit : pasien dapat menjelaskan tentang sehat dan sakit. Sehat adalah dimana kondisi tubuh dalam keadaan fit sedangkan sakit adalah dimana kondisi tubuh dalam keadaan lemas, pasien mengungkapkan sakit adalah ujian dari Tuhan YME.

Konsep Diri : Harga Diri : pasien mengatakan sudah tidak berkerja lagi sehingga pasien bingung untuk menghidupi keluarganya, Ideal Diri : pasien ingin cepat sembuh dari penyakitnya, Identitas Diri : pasien mengatakan sebagai kepala keluarga merasa sangat sedih karena masih dalam keadaan sakit, Gambaran Diri : pasien mengatakan dirinya termasuk orang yang sabar, Peran Diri : pasien mengatakan bukan kepala keluarga yang baik karena hanya bisa menyusahkan anak dan istrinya, Kegiatan spiritual : SMRS : selalu sholat berjamaah di masjid, MRS : sholat di atas tempat tidur.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Data Penunjang/Hasil Pemeriksaan Diagnostik**

`Pada tanggal 16 Januari 2020

1. Hasil cek DL

Eritrosit : 4,8/ul Normal: 4,5-5,5 /ul

HB : 13,9g/Dl Normal : 13,0-16,0g/dl

Laukosit : 4,9 103/ul Normal : 5,0-10,0 103/ul

1. Hasil Laboratorium

Albumin : 3,39 mg/dl Normal : 3,40-4,80 mg/dl

BUN : 8 mg/dl Normal : 10,0-24,0 mg/dl

Chlorida : 103,4 mmol/L Normal : 95,0-105,0 mmol/L

GDA : 118 mg/dl Normal : < 200

Na : 140,0 mmol/L Normal : 135,0-147,0

K : 3,2 mmol/L Normal : 3,00-5,00 mmol/L

Kreatinin : 0,6 mg/dl Normal : 0,6-1,5 mg/dl

SGOT : 11 u/l Normal : 0-50 u/l

SGPT : 10 u/l Normal : 0-50 u/l

3. Hasil Mikrobiologis

Pada Tanggal 27 Januari 2020

Kultur pus + TKA (Tes Kepekaan Antibiotik)

Dengan Hasil : tidak ada pertumbuhan kuman

4. EKG

Pada Tanggal 27 Januari 2020

Dengan hasil : Normal Synus Rhytm

* + 1. **Terapi Medis**

**Tabel 3.1 Terapi Medis**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Terapi Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 27 Juni 2019 | Inj Cinam | 4x1,5 Gram | IV | Kegunaan cinam adalah untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang peka terhadap cinam seperti :infeksi bedah : profilaksis dan pengobatan infeksi akibat operasi bedah, profilaksis peri-operatif dalam bedah ortopedi dan kardiovaskular. |
| Inj Omeprazole | 2x20 mg | IV | Untuk Mengatasi Gangguan Lambung, Seperti Penyakit Asam Lambung Dan Tukak Lambung. |
| Inj Metro | 3x500 mg | IV | Mengobati sakit maag beserta gejala-gejala yang ditimbulkannya. |
| Sucralfat syr  Gabapentin  Ranitidin  Inf RL | 3x 15 gr  3x300mg  2x 150mg  1x500cc/24 jam | Tab  Tab  Tab  IV | Untuk mengobati dan mencegah tukak lambung, yaitu luka pada dinding lambung. Obat ini bekerja dengan cara membentuk lapisan pelindung pada lambung, untuk menjaganya dari kerusakan yang lebih parah  obat untuk mencegah dan mengontrol kejang  Fungsi mengatasi nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara  Berfungsi sebagai asuppan cairan |

**3.2 Analisa Data**

Table 3.2 Analisa Data Pada Tn.M di ruang H-1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1 | DS :  - Pasien mengatakan nyeri punggung karena luka operasi seperti disayat dan terasa panas di bagian punggung dengan skala 4  hilang timbul  DO :  - Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif | Agen pencedera fisik(prosedur operasi) | Nyeri Akut |
| 2 | DS :  - Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada punggung (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.  DO :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuhnya.  3333 3333  3333 3333  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmHg  Suhu = 36,4C  Nadi = 88 x/menit  RR= 20x/menit  SPO2 = 99%  Porsi Makan : 3 sendok | Gangguan Muskuloskeletal | Gangguan mobilitas fisik |
| 3  **NO** | DS :  - Pasien mengatakan terdapat lukabekas operasi *debridement*  **DATA**  DO :  - Terdapat luka pada punggung bekas operasi *ldebridement,* dengan panjang ±5cm, kondisi luka tampak kemerahan, bekas luka belum kering, terdapat 6 jahitan. | Penurunan Mobilitas  **ETIOLOGI** | Gangguan integritas kulit  **MASALAH** |
| 4 | DS :  − pasien mengatakan tidak dapat BAB semenjak MRS  − Pasien mengatakan merasa penuh pada bagian punggung  DO :  − Penurunan frekuensi BAB  − Abdomen terlihat membesar  − Bising usus hipoaktif 3 kali permenit | Immobilisasi sekunder akibat post ops | Gangguan eliminasi alvi: konstipasi |
| 5  **NO** | Ds :  -   cemas, dan siapa yang akan mengurus anak dan istrinya kalau tidak sembuh penyakitnya dan beraktifitas seperti keadaan normal.  -          cemas memikirkan penyakitnya  Do :  -Pasien terlihat sedih karena tidak bisa beraktifitas seperti dulu.  -         - Pasien terlihat raut wajahnya tampak muram.  -         - Pasien terlihat tidak bersemangat  -         - Pasien terlihat diam.  -         - Pasien terlihat sedih    **DATA**  d  saat mengatakan hal mengenai keluarganya. | Kurang terpapar informasi  **ETIOLOGI** | Ansietas  **MASALAH** |
| 6 | Ds :  - Pasien mengatakan tidak   * mengerti tentang penyakitnya * Pasien mengatakan masih bingung dengan pengobatan yang diterima * Pasien mengatakan pendidikan akhir sekolah dasar (SD)   Do :   * Pasien tampak tidak mengerti dampak dari penyakitnya   - Pasien tampak bingung dengan pengobatan yang diterima  Pasien banyak bertanya mengenai penyakit dan pengobatan yang dilakukan | Kurang pengetahuan | Defisit Pengetahuan |
| 7 | Tindakan Invasive |  | Resiko infeksi |

**3.3 Prioritas Masalah**

Tabel 3.3 Prioritas Masalah Pada Tn.M

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | |  | **Tanggal** | | **Nama Perawat** |
| **Diagnosa Keperawatan** | Ditemukan | Teratasi |
| 1 | | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 2 | | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan MuskuloskeletaL | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 3 | | Gangguan integritas kulit  Berhubungan dengan Penurunan mobilitas | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 4 | | Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan Immobilisasi sekunder akibat post ops | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 5 | | Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 6 | Defisit Pengetahuan berhubungan dengan  Kurang pengetahuan | | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |
| 7 | Resiko infeksi berhubungan dengan adanya benda asing | | 27-01-2020 | 30-01-2020 | Suparlan |

**3.4 Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan Pada Tn.M di ruang H-1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DIAGNOSA** | **TUJUAN** | **INTERVENSI** | **RASIONAL** |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri diharapkan skala nyeri dari 1 meningkat menjadi 5 menurun.  Kriteria Hasil :  1. Nyeri terkontrol dari 1 menjadi 5  2. Keluhan nyeri menurun dari 1 menjadi 5.  3. Tingkat nyeri menurun dari 1 menjadi 5.  4. Pasien tidak menunjukkan lokasi nyeri dari 1 menjadi 5.  5. TTV dalam rentang normal:  Tekanan Darah:  Systole : 110-140Mmhg  Diatole : 60-90Mmhg  Nadi : 60-100x/mnt  Suhu 36,0-37,50C  Pernapasan :16-20x/Menit. | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.  2. Observasi ttv  3. Pengaturan posisi  4. Ajarkan teknik relaksasi | 1. Untuk mengidentifikasi keadaan nyeri pasien.  2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien.  3. Untuk member rasa nyaman pada pasien.  4. untuk membantu meredakan rasa nyeri pasien.  5. Untuk membantu proses penyembuhan dengan farmakologis |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi mandiri dan penuh.  Kriteria Hasil :  1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari 1 menjadi 5.  2. Nyeri menurun dari 1 menjadi 5  3. Kaku sendi menurun dari 1 menjadi 5 .  4. Pergerakan sendi leher meningkat dari 1 menjadi 5. | 1. Observasi TTV  2. Pengaturan posisi  3. Menejement nyeri  4. dukungan perawatan diri  5. edukasi latihan fisik  6. dukungan mobilisasi | 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien  2. memberikan posisi nyaman dan mencegah dikubitus  3. mengurangi rasa nyeri karena gangguan muskuloskeletal  4. untuk menjaga kebersihan diri pasien  5. untuk mengurangi kaku sendi dan mempercepat proses penyembuhan  6. untuk melatih pergerakan pasien |
| 3 | Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kurang terpapar informasi | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat  kriteria hasil:  1.Kerusakan integritas kulit membaik dari 1 menjadi 5. | 1. Anjurkan untuk melakukan latihan ROM (range of motion) dan mobilisasi jika mungkin 2. Rubah posisi tiap 2 jam | 1. Meningkatkan aliran darah kesemua daerah 2. Menghindari tekanan dan meningkatkan |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 2.Nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 (dari 0-10) dari 1 menjadi 5.  3.Perdarahan berkurang dari 1 menjadi 5.  4.Kemerahan berkurang dari 1 menjadi 5.  5.Hematoma berkurang dari 1 menjadi 5. | 1. Gunakan bantal air atau pengganjal yang lunak di bawah daerah-daerah yang menonjol 2. Lakukan massage pada daerah yang menonjol yang baru mengalami tekanan pada waktu berubah posisi 3. Observasi terhadap eritema dan kepucatan dan palpasi area sekitar terhadap kehangatan dan pelunakan jaringan tiap merubah posisi 4. Jaga kebersihan kulit dan seminimal mungkin hindari trauma, panas terhadap kulit | aliran darah   1. Menghindari tekanan yang berlebih pada daerah yang menonjol 2. Menghindari kerusakan-kerusakan kapiler-kapiler 3. Hangat dan pelunakan adalah tanda kerusakan jaringan 4. Mempertahankan keutuhan kulit |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Pemberian obat :   Inj Cinam 4x1,5 Gram  Inj Metro 3x500 mg  Dengan teknik 5 tahap pemberian obat:   * Benar obat * Benar dosis. * Benar cara/rute. * Benar waktu. * Benar dokumentasi | 7. Untuk membantu penyembuhan secara farmakologi |
| 4 | Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan Immobilisasi sekunder akibat post op | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan dapat BAB lancar  Kriteria Hasil:  1.Kontrol pengeluaran feses dari 1 menjadi 5  2.Mengejan saat defekasi dari 1 menjadi 5.  3.Konsistensi feses dari 1 menjadi 5.  4.Pasien dapat BAB dengan lancar dari 1 menjadi 5 | 1. Observasi TTV  2.Management konstipasi    3. Managemen laktasif  4. Dukungan perawatan diri | 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien  2. Untuk mempercepat proses eliminasi alvi pada pasien  3. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan memperlancar proses eliminasi alvi  4. Untuk memenuhi kebutuhan eliminasi alvi pada pasien |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 5. Promosi latihan fisk  6. Kolaborasi pemberian obar sesuai advis dokter | 5. Untuk mempercepat prosees eliminasi dengan farmakologi  6.Mengetahui faktor penyebab konstipasi |
| 5 | Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gelisah dapat teratasi.  Kriteria Hasil:  1.Pasien dapat menerima status kesehatan dari 1 menjadi 5  2.Pasien dapat mengontrol diri terhadap impuls dari 1 menjadi 5  3.Pasien dapat mengontrol tingkat stress dari 1 menjadi 5 | 1. Pantau perubahan tanda-tanda vital dan kondisi yang menunjukan peningkatan kecemasan klien 2. Berikan informasi serta bimbingan antisipasi tentang segala bentuk kemungkinan yang akan terjadi di masa yang akan datang 3. Ajarkan teknik relaksasi diri dan pengendalian perasaan engatif atas segala hal yang dirasakan klien. | 1. Perubahan tanda-tanda vital dapat digunakan sebagai indikator terjadinya ansietas pada klien. 2. Mempersiapkan klien menghadapi segala kemungkinan, krisi perkembangan dan /atau situasional. 3. Teknik menenangkan diri dapat digunakan untuk meredakan kecemasan pada klien yang mengalami distress akut. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Instruksikan untuk melaporkan timbulnya gejala-gejala kecemasan yang muncul yang tidak dapat lagi dkontrol 2. Tingkatkan koping individu klien 3. Berikan dukungan emosi selama stress | 1. Membantu memudahkan penyediaan layanan kesehatan untuk menganalisis kondisi yang dialami klien. 2. Membantu klien untuk beradaptasi dengan persepsi stressor, perubahan atau ancaman yang menghambar pemenuhan tuntutan dan peran hidup. 3. Memberikan dukungan emosi untuk menenangkan klien dan menciptakan penerimaan serta bantuan dukungan selama masa stres. |
| 6 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tampak rileks dan cemas berkurang. | 1. Kaji pasien mengenai sejauh mana mengenal penyakitnya | 1. Untuk mengetahui tingkat penbgetahuan pasien tentang penyakit yang diderita |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | kriteria hasil :   1. Pasien dapat memahami tentang tanda gejala dan komplikasi dari penyakit yang diderita dari 1 menjadi 5 2. Pasien dapat mengerti tentang pengobatan yang dilakukan dari 1 menjadi 5 | 1. Berikan informasi yang diperlukan oleh pasien mengenai penyakitya 2. Kaji pengetahuan pasien tentang makanan yang tidak boleh dimakan 3. Berikan informasi tentang efek samping pengobatan | 1. Agar pasien dapat memahami tentang penyakit yang diderita 2. Untuk memberikan informasi agar dapat mengerti mengenai makanan yang tidak boleh dikonsumsi selama pengobatan 3. Untuk memberikan informasi agar pasien dapat mengerti mengenai efek samping |
| 7 | Resiko infeksi berhubungan dengan pemasangan kateter dan post. Operasi debridement | Setelah dilakukan tindaakan perawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi | 1. Observasi luka pasien | 1. Menunjukkan perkembangan luka dan menunjukkan kefektifan program perawatan luka |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Kriteria Hasil :   1. Tidak terjadi tanda infeksi 2. Leukosit dalam batas normal (5,0- 10,0.103/ul) 3. Observasi tanda-tanda vital dalam batas normal | 1. Lakukan perawatan luka dang anti balutan post operasi diluka sebelah kanan dengan NaCi dan betadine, catat karakteristik luka operasi (warna luka, terdapat pus/tidak dan integritas luka) 2. Atus posisi pasien supaya nyaan dan mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali 3. Jelaskan kepada pasien pentinya untuk tidak menyentuh atau menggaruk luka post operasi di punggung | 1. Membersihkan luka dan mencegah terjadinya infeksi 2. Mencegah timbulnya infeksi pada area luka 3. Mengurangi tekanan meningkatkan sirkulasi |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Berikan injeksi obat sesuai hasil kolaborasi dengan tim medis pada Tn. M nama obat Cinam dosis 4x1,5 gr secara intravena (IV), pukul 08,14,20,02. | 1. Cinam bekerja dengan cara mematikan bakteri dalam tubuh. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi yang disebabkan bakteri. |

**3.5 Implementasi Dan Evaluasi**

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi pada Tn.M di ruang H-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No DX** | **Tanggal Dan Jam** | **Implementasi** | **Tanda Tangan** | **Tanggal** | **No Dx** | | **SOAP** | | **Tanda Tangan** |
| Dx 1,2,3  Dx 1  Dx 3  Dx 2  Dx 2  Dx 2,34  Dx 4  Dx 5,6,7  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 6  Dx 4 | 27-01-20  Dinas Pagi  08.00  08.00  08.30  09.00  10.10  10.15  12.00  12.05  12.15  12.30  13.30  13.30  13.30 | - Melakukan observasi tanda-tanda vital:  TD = 120/80 mmHg  Suhu = 36,4C  Nadi = 88 x/menit  RR= 20x/menit  SPO2 = 99%  Porsi Makan : 3 Sendok  -Memberikan edukasi pada pasien mengenai relaksasi nafas dalam   * Melakukan rawat luka dengan menggunakan NaCl dan betadine.   - Memberi bantuan mobilisasi dengan cara menggerakkan tubuh secara perlahan  - Mengkaji aktivitas, pengobatan, dan pola kebiasaan pasien  - Memberikan edukasi teknik ambulasi dan latihan fisik secara bertahap dengan cara miring kanan, miring kiri  - Konsultasi dengan dokter tentang penurunan atau peningkatan frekuensi peristaltic usus  - memberikan informasi mengenai tindakan yg  dilakukan untuk mengurangi rasa cemas pasien  - Memberikan motivasi agar pasien semangat untuk sembuh dan mengungkapkan perasaan dan persepsinya  - Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur agar nyeri berkurang  - Memberikan edukasi dan informasi secara faktual mengenai intervensi operasi yang dilakukan.  - memberikan informasi mengenai perawatan kateter   * Memotivasi pasien untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | 27-01-2020  Jam 14.00 | Dx 1  Dx 2  Dx 3    Dx 4  Dx 5  Dx 6  Dx 7 | | S :  - Pasien mengatakan nyeri punggung.  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: Bagian Punggung  S: Skala 4  T: Hilang Timbul  O :  - Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmHg  Suhu = 36,4C  Nadi = 88 x/menit  RR= 20x/menit  SPO2 = 99%  Porsi Makan : 1 Porsi  A : Masalah belum Teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada punggung (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.  O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggorta tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmHg  Suhu = 36,4C  Nadi = 88 x/menit  RR= 20x/menit  SPO2 = 99%  Kekuatan otot 3333 3333  3333 3333  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  -pasien mengatakan ada bekas luka pada bagian punggung  O :  -Luka tampak bersih dan tidak ada kemerahan pada area luka  -luka tampak tertutup kasa sepanjang ±5 cm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S  .  pasien mengatakan tidak dapat bab semenjak mrs  - pasien mengatakan merasa penuh pada bagian punggung  O :  - penurunan frekuensi bab  -abdomen terlihat membesar  -bising usus hipoaktif 3 kali permenit  -  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan.  S :   * Pasien mengatakan takut jika nanti penyakitnya akan kambuh lagi   O :   * Pasien tampak bingung dan gelisah dengan kondisinya saat ini   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - Pasien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya  O:   * Pasien tampak bingung dan tidak mengerti dengan penyakitnya   A:   * Masalah Belum Teratasi   P:   * Lanjutkan Intervensi   S:  Pasien mengatakan merasa nyeri saat buang air kecil   * Pasien mengatakan tidak nyaman dengan terpasangnya kateter   O:   * Pasien terpasang kateter * Pasien tampak kesakitan saat buang air kecil   A:   * Masalah belum teratasi   P:   * Lanjutkan intervensi | | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** |
| Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 5  Dx 5  Dx 3  Dx 3  Dx 3  Dx 4 | 27-01-20  Dinas sore  14.30  14.40  15.30  17.00  17.30  18.00  19.00  19.15  19.30  20.00 | - Obsevasi tanda-tanda vital:  TD = 120/60 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 198x/menit  SPO2 = 99%  - Memberikan edukasi pada pasien mengenai relaksasi nafas dalam  - Menganjurkan pasien untuk mematuhi program pengobatan  - Memberikan motivasi pasien untuk tetap semangat dan berdoa agar cepat sembuh.  - memberikan kesempatan kepada pasien untuk menceritakan perasaannya  - memeberikan informasi mengeania penyakit dan tindakan yang sudah dilakukan  - Memberikan obat sesuai advis dokter : Sucralfat syr 1x1 tab, gobapentin 1x300,  - memberikan injeksi : Cinam 1x3gr, Omz 1x1, metro 1x1, Radin 1x1   * Memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan setelah dirawat luka. Hasil pasien mengatakan lebih enak setelah dirawat luka.   - Ajarkan kepada pasien tentang efek diet cairan dan serat pada eliminasi | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | 27-01-20  21.00 Wib | DX 1  DX 2  Dx 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6  Dx 7 | | S :  - Pasien mengatakan nyeri punggung.  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 4  T: Hilang Timbul  O:  - Pasien tampak meringis,gelisah dan bersikap protektif  - Observasi TTV :  TD = 120/60 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,6  S:   * Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada punggung (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.   O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/60 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  Kekuatan otot 3333 3333  3333 3333  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan 2,3,6  S :  -pasien mengatakan ada bekas luka pada bagian punggung  O :  -Luka tampak ada kemerahan pada area luka  -luka tampak tertutup kasa sepanjang ±5 cm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - pasien mengatakan merasa penuh pada bagian punggung  - pasien mengatakan BAB keras dan hanya keluar sedikit  O :  - penurunan frekuensi bab  -abdomen terlihat membesar  -bising usus hipoaktif 3 kali permenit  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan   * Kolaborasi dengan dokter pemberian laksatif   S :   * Pasien mengatakan takut jika nanti penyakitnya akan kambuh lagi   O :   * Pasien tampak bingung dan gelisah dengan kondisinya saat ini   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - Pasien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya  O:   * Pasien tampak bingung dan tidak mengerti dengan penyakitnya   A:   * Masalah Belum Teratasi   P:  Lanjutkan Intervensi  S:   * Pasien mengatakan tidak nyaman dengan terpasangnya kateter * Nyeri berkurang   O:   * Pasien terpasang kateter * Pasien tampak takut buang air   Kecil  A:   * Masalah teratasi sebagian   P:   * Lanjutkan intervensi | | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg |
| Dx 5,6  Dx 4  Dx 1,2,3,4,5,6,7  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1  Dx 1,2,3 | 27-01-20  Dinas malam  21.00  21.30  23.00  23.30  23.40 | * Meberikan motivasi agar pasien memiliki semangat untuk sembuh * Memberikan informasi mengenai penyakit yang diderita * Berikan privasi dan keamanan untuk pasien selama eliminasi defekasi   Mengobservasi TTV :  TD = 120/60 mmHg  S = 36,0c  N = 94 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Melakukan kolaborasi dengan  dokter untuk pemberian obat oral  : Sucralfat syr 1x1 tab, gobapentin 1x300, Cinam 1x3gr, Omz 1x1, metro 1x1  - Menganjurkan pasien istirahat dan tidur  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan relaksasi dengan cara teknik nafas dalam | **Perawat jaga malam Perawat jaga malam Perawat jaga malam Perawat jaga malam Perawat jaga malam Perawat jaga malam Perawat jaga malam** | 27-01-20  05.00 WIB | DX 1  Dx 2  Dx 3  DX 4    Dx 5  DX 6  DX 6 | | S:   * Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada punggung (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.   O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuhnya.  - Mengobservasi TTV :  TD = 120/60 mmHg  S = 36,0c  N = 94 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan 2,3,6  S :  - Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada punggung (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.  O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggorta tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmHg  Suhu = 36,4C  Nadi = 88 x/menit  RR= 20x/menit  SPO2 = 99%  Porsi Makan : 1 Porsi  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  -pasien mengatakan ada bekas luka pada bagian punggung  O :  -Luka tampak ada kemerahan pada area luka  -luka tampak tertutup kasa sepanjang ±5 cm  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - pasien mengatakan merasa penuh pada bagian punggung  - pasien mengatakan BAB keras dan hanya keluar sedikit  O :  - penurunan frekuensi bab  -abdomen terlihat membesar  -bising usus hipoaktif 3 kali  permenit  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan   * Kolaborasi dengan dokter pemberian laksatif   S :   * Pasien mengatakan takut jika nanti penyakitnya akan kambuh lagi   O :   * Pasien tampak bingung dan gelisah dengan kondisinya saat ini   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan  S :  - Pasien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya  O:   * Pasien tampak bingung dan tidak mengerti dengan penyakitnya   A:   * Masalah Belum Teratasi   P:  Lanjutkan Intervensi  S:   * Pasien mengatakan nyeri berkurang * Pasien mengatakan ingin kateter segera dilepas   O:   * Pasien mulai relaks * Pasien tampak dan rasa   nyeri berkunga   * Pasien tampak tidak nyaman dengan kateter   A:   * Masalah Teratasi   P:  Lanjutkan Intervensi | | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** |
| Dx 1,2,3  Dx 1  Dx 2  Dx 1,2,3  Dx 1,3  Dx 4  Dx 1,3  Dx4  Dx 5,6 | 28-01-20  Dinas pagi  08.00  09.00  10.30  11.00  12.00  10.30  13.00  11.30  12.00  13.30 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99% G  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri punggung  - Memberikan bantuan untuk mobilisasi bertahap dengan miring kanan miring kiri  - motivasi pasien untuk selalu semangat dan berpikir positif bahawa penyakitnya sudah diangkat dan operasi berjalan lancar  - memberikan injeksi Cinam 4x 1,5 gr,Omz 2x20mg, metro 3x500mg  -memberikan obat oral, gobapentintab, Socralfan syr 3x15gr, Radin tab 2x150gr  -Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat konstipasi : dokter tidak ACC   * Memberikan obat sesuai advis dokter : Socralfan syr 1x15gr, tab, gobapentin 1x300 mg * Memberikan injeksi : Cinam 1x3 gr,Omz 1x20mg, metro 1x500mg, Radin 1x150mg * Melakukan kolaborasi pemberian ohbat konstipasi : Dokter tidak ACC * Mengajurkan pasien untuk beristirahat agar dapat lekas sembuh * Pasien sudah dapat berdiri | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | 28-01-20  14.00 WIB | DX 1  DX 2  DX 3  DX 4  Dx 5  DX 6 | | S:  - pasien mengatakan nyeri punggung berkurang  P: nyeri karena luka operasi Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 3  T: Hilang Timbul  O:  - Pasien tampak tenang dan mulai tersenyum  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 2,3,6  S:  - Pasien mengatakan sudah dapat bergerak dan badan lemas berkurang  O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan  sedikit menggerakkan anggota tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan 2,3  S :  -  O:  -luka bekas operasi tampak kering dan tertutup kasa  -anjurkan pasien melakukan miring kanan kiri untuk mengurangi kemerahan pada luka bekar oprasi  A :  -masalah tearatasi sebagian  P:  -intervensi dilanjutkan  S :  - pasien mengatakan sudah bisa BAB sedikit – sedikit  O :  -pasien tampak tidak nyaman dengan kondisinya  -konsistensi feses sedikit keras  -pasien BAB 2 kali  -bising usus 10x per mnt  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan   * Kolaborasi dengan dokter pemberian laksatif   S :   * Pasien mengatakan   bahwa dirinya ingin lekas pulang dan bekerja  O:   * Pasien tampak sedih dan menangis saat menceritakan kondisinya saat ini.   A :   * Masalah belum teratasi   P:   * intervensi dilanjutkan   S :  -  O:   * Pasien dapat menceritakan dan menggambarkan mengenai penyakit yang   dialaminya.  A :   * Masalah teratasi sebagian   P :   * Intervensi dilanjutkan | | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**    **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg |
| Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1  Dx 1  Dx 1,3,4  Dx 5  Dx 4 | 28-01-20  Dinas Siang  14.30  15.00  15.15  19.30  19.30  20.30 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36,0c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri  - Mengajarkan mobilisasi secara bertahap bila sudah tidak nyeri pasien diperbolehkan duduk di atas tempat tidur.   * Memberikan obat sesuai advis   dokter : Socralfan syr 1x15gr, tab, gobapentin 1x300 mg   * Memberikan injeksi : Cinam 1x3 gr,Omz 1x20mg, metro 1x500mg, Radin 1x150mg * Memberikan motovasi untuk pasien memiliki semangat sembuh * Memberikan privasi pada saat pasien BAB | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**      **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | 28-01-20  21.00 WIB | DX 1  DX 2  DX 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6 | | S:  - pasien mengatakan nyeri punggung berkurang  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 3  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 2,3,6  S:  -  O :  - Pasien tampak lemas dan sedikit menggerakkan anggota tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/80 MmHg  S = 36, 4c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan 2,3  S :  - Pasien mengatakan luka sudah tidak sakit dan bersih.  O:  -luka bekas operasi tampak kering dan tertutup kasa  -luka pasien tampak bersih, kemerahan pada punggung sedikit hilang  A :  -masalah tearatasi sebagian  P:  -intervensi dilanjutkan  S :  - pasien mengatakan sudah bisa BAB  O :  -konsistensi feses sedikit keras  -pasien BAB 2 kali  -bising usus 17 kali per menit  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan   * Kolaborasi dengan dokter pemberian laksatif   S :   * Pasien mengatakan ingin cepat pulang * Pasien mengatakan sudah dapat lebih tenang   O :   * Pasien tampak mulai menerimia kondisinya dan mulai kooperatif saat ditanya oleh perawat * Pasien tampak sudah tidak geilisah dan lebih tenang   A :   * masalah teratasi sebagian   P :   * intervensi dilanjutkan   S :  -  O:   * Pasien dapat menceritakan dan menggambarkan mengenai penyakit yang   dialaminya.  A :   * Masalah teratasi sebagian   P :  Intervensi dilanjutkan | | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg |
| Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 2,3 | 28-01-20  Dinas malam  23.00  23.30  24.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99% GCS: 456  - Menganjurkan pasien istirahat tidur  - Memberikan bantuan untuk merubah posisi tidur miring kanan , mengajarkan pasien mobilisasi bertahap dan berdoa sebelum tidur | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** | 29-01-20  06.30 WIB | DX 1  DX 2  DX 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6 | | S:  - pasien mengatakan nyeri punggung berkurang  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 3  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan  S:  -  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, 4c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  S:  -  O:  -kemerahan pada area bekas operasi tampak sedikit hilang  -tidak nampak adanya  pembenengkakan areka bekas operasi  A: masalah teratasi  P:intervensi dihentikan  S :  - pasien mengatakan sudah 3x BAB dalam 1 hari  O :  -konsistensi feses sedikit lembek, warana kuning kecoklatan, bau khas  -pasien BAB 3kali  -bising usus 17x per menit  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  S :   * Pasien mengatakan ingin lekas sembuh dan akan berusaha bekerja semampunya meskipun tidak boleh terlalu berat   O :   * Pasien tampak sangat tenang dan mulai bisa mengerti dengan kondisi saat ini   A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi dihentikan   S :  -  O:   * Pasien menyebutkan bagaimana cara   mengatasi penyakitnya jika nanti kambuh kembali  A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi dihentikan | | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** |
| 3  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 1  Dx 2  Dx 1,2,3  Dx 5 | Tanggal  29-01-20  Dinas pagi  08.00  08.00  11.00  12.00  13.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri  punggung  - mengajarkan mobilisasi bertahap dengan miring kanan miring kiri secara mandiri  - Memberikan injeksi Cinam, Omz,metro  - Memberikan obat oral, Gobapentin tab,Sucralfat syr, Radin tab  - Memberikan motovasi untuk pasien memiliki semangat sembuh | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpegC:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | TanggaL 29-01-20  14.00 | | DX1  Dx 2  Dx 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6 | | S :   * Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada bagian punggung   P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 2  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan  S:  - paasien mengatakan sudah mulai bisa berjalan perlahan dan tidak merasa sakit dan lemah  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  S:  -  O:  -kemerahan pada area bekas operasi tampak sedikit hilang  -tidak nampak adanya pembenengkakan areka bekas operasi  A: masalah teratasi  P:intervensi dihentikan  S :  - pasien mengatakan sudah 3x BAB dalam 1 hari  O :  -konsistensi feses sedikit lembek, warana kuning kecoklatan, bau khas  -pasien BAB 3kali  -bising usus 17x per menit  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  S :   * Pasien mengatakan ingin lekas sembuh dan akan berusaha bekerja semampunya meskipun tidak boleh terlalu berat   O :   * Pasien tampak sangat tenang dan mulai bisa mengerti dengan kondisi saat ini   A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi dihentikan   S :  -  O:   * Pasien menyebutkan bagaimana cara mengatasi penyakitnya jika nanti kambuh kembali   A :   * Masalah teratasi   P :  Intervensi dihentikan | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** |
| Dx 1,2,3,4,5  Dx 1  Dx 2  Dx 1,2,3  Dx 4  Dx 4  Dx 5 | Tanggal 29-01-20  Dinas siang  16.00  16.30  17.00  18.00  18.30  19.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri punggung  - mengajarkan mobilisasi bertahap dengan miring kanan miring kiri secara mandiri   * Memberikan obat sesuai advis   dokter : Socralfan syr 1x15gr, tab, gobapentin 1x300 mg   * Memberikan injeksi : Cinam 1x3 gr,Omz 1x20mg, metro 1x500mg, Radin 1x150mg   - Anjurkan aktivitas optimal untuk merangsang eliminasi defekasi pasien  - Berikan privasi dan keamanan untuk pasien selama eliminasi defekasi   * Memberikan motovasi untuk pasien memiliki semangat sembuh | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg** | TanggaL 29-01-20  21.00 | | Dx 1  Dx2  Dx 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6 | | S :   * Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada bagian punggung   P: nyeri karena luka operasi  Q: tidak terasa apa apa  R: punggung  S: Skala 2  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/90 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan  -rencakan krs  S:  - paasien mengatakan$ sudah mulai bisa berjalan perlahan dan tidak merasa sakit dan lemah  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/90 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  S :  -  O:  -kemerahan pada area bekas operasi tampak sedikit hilang  -tidak nampak adanya pembenengkakan areka bekas  operasi  A: masalah teratasi  P:intervensi dihentikan  S :  - pasien mengatakan sudah 3x BAB dalam 1 hari  O :  -konsistensi feses sedikit lembek, warana kuning kecoklatan, bau khas  -pasien BAB 3kali  -bising usus 17x per menit  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  S :-  O :   * Pasien tampak sangat tenang dan mulai bisa mengerti dengan kondisi saat ini   A :   * Masalah teratasi   P :   * Recanakan KRS pada tanggal 30 januari 2020   S :  O :   * Pasien tampak sudah tidak bingun mengenai kondisi dan penyakitnya   A :   * Masalah terasi   P :   * Intervensi dihentikan | **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  **C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg**  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg  C:\Users\acer\Downloads\WhatsApp Image 2020-02-10 at 01.14.29.jpeg |
| Dx 1,2,3,4  Dx 1,2,3,4,5,6  Dx 2,3 | 29-01-20  Dinas malam  23.00  23.30  24.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99% GCS: 456  - Menganjurkan pasien istirahat tidur  - Memberikan bantuan untuk merubah posisi tidur miring kanan , mengajarkan pasien mobilisasi bertahap dan berdoa sebelum tidur | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** | 30-01-20  06.30 WIB | | DX 1  DX 2  DX 3  Dx 4  Dx 5  Dx 6 | | S:  - pasien mengatakan nyeri punggung hilang  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan   * Rencakan KRS pada tanggal 30 januari 2020   S:  -  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, 0c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  S :  -  O:  -kemerahan pada area bekas operasi tampak sedikit hilang  -tidak nampak adanya pembenengkakan areka bekas operasi  A: masalah teratasi  P:intervensi dihentikan  S :  - pasien mengatakan sudah 3x BAB dalam 1 hari  O :  -konsistensi feses sedikit lembek, warana kuning kecoklatan, bau khas  -pasien BAB 3kali  -bising usus 17x per menit  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  S :  O :   * Pasien tampak sangat tenang dan mulai bisa mengerti dengan kondisi saat ini   A :   * Masalah teratasi   P :   * Intervensi dihentikan dan di rencakan KRS pada tanggal 30 januari 2020   S :  O :  - Pasien tampak sudah tidak bingun mengenai kondisi dan penyakitnya  A :   * Masalah terasi   P :   * Intervensi dihentikan dan di rencakan KRS pada tanggal 30 januari 2020 | **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam**  **Perawat jaga malam** |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pembahasan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post Operation Debridement* Hari Ke-5, *Debridement* dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

* Tahap pengumpulan data, penulis melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan kooperatif. Hasilnya pada pengkajian ditemukan : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi *laminectomy*) Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif dengan skala nyeri 5, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ganguuan musculoskeletal keadaan umum tampak lemah, pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuhnya dengan kekuatan otot 3333, gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas, terdapat luka pada punggung bekas operasi *debridement,* dengan panjang ±5cm, kondisi luka tampak kemerahan, bekas luka belum kering, terdapat 6 jahitan, gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan penurunan immobilisasi sekunder akibat post ops, penurunan frekuensi BAB, abdomen terlihat membesar, bising usus hipoaktif 3 kali permenit, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, pasien terlihat sedih karena tidak bisa beraktifitas seperti dulu, pasien terlihat raut wajahnya tampak muram, pasien terlihat tidak bersemangat, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan, pasien tampak tidak mengerti dampak dari penyakitnya, pasien tampak bingung dengan pengobatan yang diterima

*Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah suatu keadaan dimana sering mengalami rasa sakit pada ruas-ruas *vertebra*. *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) terjadi karena adanya *nucleus pulposus* (bahan pengisi berupa zat yang kenyal seperti gel) yang keluar dari *diskus intervertebralis* atau sendi *vertebra* (Yudhinono , 2017).

*Hernia nukleus pulposus* (HNP) merupakan suatu keadaan patologis dimana terjadi *protus*i dari *anulus fibrosus* beserta *nukleus pulposus* ke dalam *lumen kanalis vertebralis*. HNP dapat terjadi pada semua segmen *vertebra*, tetapi yang paling sering terjadi yaitu pada segmen lumbal. Kasus *Hernia nukleus pulposus* (HNP) yang paling sering terjadi adalah pada *diskus intervertebralis* L5 kemudian disusul oleh herniasi pada *diskus intervertebralis* L4-L5, L3-L4, L2-L3, dan L1-L2 (Nasikhatussoraya, 2016).

Pada tinjauan khusus HNP disebutkan bahwa tanda dan gejala dari adalah rasa nyeri di punggung bawah disertai otot-otot sekitar lesi dan nyeri tekan. jika didapatkan hasil pemeriksaan sudah terdapat kerusakan pada *vertebra* maka pasien-pasien dengan HNP akan dilakukan tindakan pembedahan untuk mengurangi faktor resiko menurut (Winata, 2014).

Sedangkan pada studi kasus Tn.M setelah dilakukan tindakan pembedahan post operasi hasil pengkajian yang ditemukan nyeri didapatkan pada punggung bekas luka operasi *debridement* dengan keadaan serta ekspresi wajah tampak meringis dengan skala nyeri 5, sehingga penulis merumuskan diganosa : nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik(prosedur operasi).

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pada tinjauan khusus gangguan mobilitas fisik disebutkan bahwa pasca dilakukan pembedahan pasien akan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga pada pasien post operasi diharuskan untuk *bedrest* dan meminimalkan aktivitas untuk mengurangi resiko yang akan muncul jika melakukan aktivitas yang berlebihan, (Erni, 2012).

Sedangkan pada studi kasus Tn.M didapatkan pasien tampak dibantu saat melakukan aktivitas setelah dilakukan tindakan pembedahan post operasi hasil pengkajian yang ditemukan keluarga pasien mengatakan Tn.M masih belum boleh melakukan aktivitas pasca operasi, sehingga penulis merumuskan diganosa : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pada tinjauan khusus gangguan integritas kulit berhubungan dengan post operasi. gangguan integritas kulit merupakan kerusakan yang terjadi pada luka bagian punggung dan akan terjadi kerusakan pada bagian luka jika tidak dilakukan perawatan secara multidisiplin (Sunaryo, 2011). Alasan penulis menegakkan gangguan integritas kulit ini karena tindakan *debridement*. Bedah *debridement* merupakan pembedahan berupa tindakan eksisi yang bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis maupun debris yang menghalangi proses penyembuhan luka dan potensial terjadi atau berkembangnya infeksi sehingga merupakan tindakan pemutus rantai respon inflamasi sistemik dan maupun sepsis (Chadwick, 2012).

Sedangkan pada studi kasus Tn.M didapatkan kemerahan pada sekitar luka bekas operasi post operasi hasil pengkajian yang ditemukan keluarga pasien mengatakan masih belum mengerti bagaimana perawatan luka operasi, sehingga penulis merumuskan diganosa : gangguan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Mobilitas.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pada tinjauan khusus disebutkan bahwa banyak pasien post operasi yang mengalami tingkat kecemasan yang berlebihan terhadap dampak dari operasi yang telah dilakukan, Afiyah R, (2017).

Sedangkan pada studi kasus Tn.M didapatkan pasien tampak cemas dan takut jika operasi yang telah dilakukan tidak mendapat hasil yang baik dan akan berdampak pada kehidupan sehari-hari, sehingga penulis merumuskan diganosa : Ansietas berhubungan dengan kurangnya tepapar informasi

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Konstipasi adalah bahaya yang signifikan terhadap kesehatan. Mengedan selama defekasi menimbulkan masalah pada klien yang baru 3 menjalani bedah abdomen, ginekologi, atau bedah rektum. Upaya untuk mengeluarkan feses dapat menyebabkan jahitan terpisah sehingga luka terbuka kembali. Selain itu, klien yang memiliki penyakit kadiovaskular, penyakit yang menyebabkan peningkatan tekanan intra ocular (glaukoma), dan peningkatan tekanan intracranial harus mencegah konstipasi dan hindari pengguanaan maneuver valsalva (Potter, 2015).

Sedangkan pada studi kasus Tn.M didapatkan, penurunan frekuensi BAB, abdomen terlihat membesar, sehingga pnulis merumuskan diagnosa: gangguan eliminasi alvi : konstipasi berhubungan dengan penurunan Immobilisasi sekunder

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Defisit pengetahuan merupakan ketidaktahuan kurangnya terpapar informasi yang berkaitan dengan kondisi yang dialami saat ini (Tim Pokja SKI DPP PPNI, 2017).

Sedangkan pada studi kasus Tn. M didapatkan, pasien tidak dapat menjelaskan mengenai penyakit dan tindakan yang dilakukan saat ini.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive merupakan keadaan dimana seorang beresiko diserang oleh agen opotunistik atau pathogen.

Sedangkan pada studi kasus Tn.M didapatkan, pasien terpasang kateter dan merasa nyeri pada saat buang air kecil.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar tidak terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pengkajian sudah dilaksanakan secara maksimal dikarenakan keluarga sangat terbuka dan selalu melaporkan perkembangan kepada perawat masalah nyeri.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka diagnosa keperawatan pada kasus adalah :

* 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
  2. Gangguan eliminasi alvi: Konstipasi berhubungan dengan efek tindakan medis dan efek diagnostik. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
  3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
  4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Dari hasil pengkajian pasien dapat diagnosa yang dapat dimunculkan adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tindakan gangguan muskuloskeletal
3. Gangguan jaringan berhubungan dengan factor mekanis
4. Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan imobillisasi sekunder akibat post operasi
5. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan
7. Resio infeksi berhubungan dengan tindakan invasive
   1. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, akan tetapi penulis juga ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor). Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Nyeri akut berhubungan dengan gen pencedera fisik(luka debridement). Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan rasa nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasilnya pasien menjelaskan bahwa nyeri berkurang, mampu mengontrol nyeri, mampu mengenali nyeri (penyebab,skala, frekuensi dan tanda nyeri) dengan intervensi observasi PQRST, memberikan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan mobilitas fiisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan pasien dapat melakukan aktivitas kembali. Kriteria hasilnya pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan intervensi observasi kemampuan gerak pasien, memberikan edukasi mengenai mobilisasi.

Ansietas berhubungan dengankurangnya terpapapr informasi. Setelah dilakukan dilakukan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan pasien dapat mengatasi rasa cemasnya. Kriteria hasil pasien mampu ngengontrol rasa cemas. Dengan intervensi berikan observasi tingkat cemas pasien, edukasi mengenai tindakan yang dilakukan, dan kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat.

* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan semuanya karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan implementasi ini ada faktor penunjang. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri akut berhubungan dengan luka *laminectomi* dilakukan tindakan keperawatan dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi verbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tehnik manajemen non farmakologi dengan nafas dalam dan relaksasi, meningkatkan istirahat pasien, mengontrol lingkungan sekitar pasien, mengkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgesic untuk mengurangi nyeri.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tindakan gangguan musculoskeletal dilakukan tindakan keperawatan dengan mengajarkan teknik manajemen non farmakologis dengan melakukan mobilisasi secara bertahap.

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Mobilitas dilakukan tindakan keperawatan dengan mengajarkan teknik manajemen non farmakologis dengan, mengobservasi luka, melakukan perawatan luka, melakukan mobilisasi, merubah posisi setiap 2 jam.

Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan imobillisasi sekunder akibat post operasi dilakukan tindakan keperawatan dengan mengkolaborasikan dengan tim medis untuk pemberian laktasif untuk membantu mempermudah BAB.

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dilakukan tindakan keperawatan dengan memberikan informasi kepada pasien mengenai penyakitnya sehingga pasien dapat mengerti dan mengurangi rasa cemas.

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan dilakukan tindakan keperawatan dengan memberikan informasi kepada pasien mengenai penyakitnya sehingga pasien dapat mengerti.

Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive dilakukan tindakan keperawatan dengan mengobservasi tanda-tanda infeksi sehingga dapat meminimalisir terjadinya infeksi pada luka pasca operasi

**4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menialai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agens cidera luka *laminectomy* Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tindakan gangguan musculoskeletal. Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan Mobilitas. Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan imobillisasi sekunder. Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan. Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama antara pasien, keluarga dan tim kesehatan sehingga pada tanggal 29 Januari 2020 pukul 12.30 pasien Tn.M masalah teratasi sebagian.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus *Post Operation Debridement* Hari Ke-5, *Laminectomy* dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP).

1. **Simpulan**
2. Pada pengkajian pasien dengan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) pada Tn.M pasien mengatakan lemas,kesadaran composmentis. Pasien nafas spontan, RR 19 x/menit (reguler), tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Didapatkan tekanan darah pasien 120/70 mmhg, nadi 88 x/menit (kuat, reguler) dengan suhu 36,70C. Berat badan pasien54 kg, dengan tinggi badan : 154 cm. Pemeriksaan didapatkan data ada bekas luka Debridement pada punggung, rambut agak kotor. Konjungtiva tidak anemis, sklera putih, kelopak mata normal, gerakan mata normal, pupil isokor, akomodasi normal (20cm). Reaksi alergi tidak ada dan sinus normal tidak ada keluhan. Gigi pasien masih lengkap tampak bersih serta tidak ada kesulitan menelan. Jalan nafas pasien bersih, suara nafas vasikuler, tidak menggunakan otot-otot bantu nafas, irama reguler, suara S1 S2 tunggal, tidak ada keluhan nyeri dada pada pasien. Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak ada kontraktur pada persendiaan dan ekstrimintas.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agens pencidera fisik (Post operasi *debridement*) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan respon nyeri pasien dapat terkontrol/hilang dengan kriteria hasil pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengontrol nyeri. mampu mengenali nyeri (skala, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri).
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tindakan gangguan musculoskeletal Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu melakukan mobilisasi dengan kriteria hasil pasien melaporkan bahwa sudah mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.
5. Gangguan jaingan berhubungan dengan factor mekanis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu melakukan mobilisasi dengan kriteria hasil tidak ada kerusakan pada luka bekas operasi.
6. Gangguan eliminasi alvi: konstipasi berhubungan dengan imobillisasi sekunder. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu melakukan eliminasi kriteria hasil tidak ada masalah konstipasi.
7. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengatasi kekhawatirannya dengan kriteria hasil ansietas teratasi.
8. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu mengerti tentang penyakit yang diderita dengan kriteria hasil pasien mampu mengenal tanda gejala .
9. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) menganjurkan keluarga pasien melakukan tektik relaksasi nafas dalam. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
10. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn.M sudah sesuai harapan masalah teratasi sebagian pada tanggal 29 Januari 2020.
    1. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas kesehatan pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan *Post Operation Laminectomy +Debridement* hari Ke 5 Dengan Indikasi *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) Di RuangH1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

**DAFTAR PUSTAKA**

Afiyah, R. K. (2017). Dukungan Keluarga Mempengarahi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) Pada Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur. Jurnal Ilmiah Kesehatan, 10(1), 96-105.

Andi Eka Pranata, Eko Prabowo, S.Kep,M.Kes. (2014). Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Edisi 1 Buku Ajar, Nuha Medika : Yogyakarta.

Black, Joyce M (2010). Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Continuity of Care. 5th edition, 3ld volume. Philadelphia. W.B Saunders Company.

Brunner and Suddarth (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.Edisi 8 volume 3, Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Carpenito, Lynda Jual (2011). Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktek Klinis.Edisi keenam, Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Chadwick, H, S. 2012. Debridement of diabetic foot wounds. Nursingstandard/RCNPublishing. 26 (24). 51-58

Doengoes, Marilynn. E (2009). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3, Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Edisi 4 buku 2. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Septiari, dkk. (2012). Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta. EGC.

Ekaputra, E. 2013. Evolusi Manajemen Luka. Jakarta: Trans Info Media.

Erni, M. Juffrie, dan M. P. Rialihanto. (2008). Pola Makan, Asupan Zat Gizi, dan Status Gizi Anak Balita Suku Anak Dalam di Nyogan Kabupaten Muaro Jambi Provinsi Jambi. Jurnal Gizi KHnik Indonesia Vol. 5No. 2 November 2008:84-90.

Evelyn. C. Pearce (2007). Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis.Cetakan ke-22, Jakarta. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Umum. Jakarta : EGC.

Faridah, V.N. (2012). Penurunan Tingkat Nyeri Post Op Laminectomy Dengan Tehnik Distraksi Nafas Ritmik. Jurnal Kesehatan Vol.7 Nomor 2.

Fractures. J Orthop Trauma. 2010; 24 (8) 457-65 Price, Sylvia. A (2008). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit.

Helmi, Zairin N. 2012. Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal. Jakarta: Salemba

http://dokterblog.wordpress.com/diagnosisdanpenatalaksanaan-nyeri-punggung-bawah-di-puskesmas/. diakses 4 Juli 2012.

Ilmu Manajemen YKPN. Yogyakarta.

Keunggulan Bersaing. Edisi Pertama. Cetakan Kedua. Sekolah Tinggi

Linasuminati. 2008. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC Majid, A. 2011. Buku Asuhan Keperawatan Perioperatif Edisi Pertama. Yogyakarta: Gosyen Publising

Mansjoer, A, et all. 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Jilid I. Media Aesculapis : Jakarta

McCloskey, J dan Bulechek, G. 2000. Nursing Interventions Classification (NIC). Mosby: Philadelphia medika. Heru, 2013. Manajemen Sumber Daya Manusia sebagai Dasar Meraih

Morison, M. J. (2003). Manajemen Luka. Jakarta: EGC.

Muttaqin,Arif. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gcngguan Sistem Imunologi. Jakarta: Salemba Medika

Nanda, 2012. Diagnosa Keperawatan : Defmisi dan Klasifikasi 2012-2014. Buku Kedokteran : EGC.

NANDA. alih bahasa Made Sumarwati dan Nike Budhi Subekti. 2012. NANDAInternational Diagnosis Keperawatan Defmisi dan Klasifikasi 2012-2014.

Nova Nasikhatussoraya, JURNAL KEDOKTERAN DIPONEGORO Volume 5, Nomor 4, Oktober 2016 Online : http://ejournal-sl.undip.ac.id/index.php/medico ISSN Online : 2540-8844

Nursalam, 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Jakarta: Salemba Medika

OTA Open Fracture Study Group. A New Classification Scheme for Open

Setiawan, F.D. (2008). Perawatan Luka. Yogyakarta: Maximus.

Smeltzer, S.C. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Volume 2. EGC : Jakarta

Stead, Dr P. 2009. Laparascopic Hernia Repair. Edisi 2. New York: Global Digital Services & Endosurgery Institute

Suharyanto T & Madjid A, 2013 Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan, Jakarta CV. Trans Info Medika

Sulistyawati, A.2009. Buku Ajar Keperawatan. Yogyakarta : C.V. ANDI GFFSET.

Sunardi dan Sunaryo. 2007. Intervensi Dini Anak Berkebutuhan Khusus. Jakarta: Depdiknas.

Sunarsih, T, Dewi, dan V. Lia. 2011. Asuhan Keperawatan Anak.Jakarta :SalembaMedika.

Sunaryo, dkk. (2011). Asuhan Keperawatan Medical Bedah. CV Andi Offset. Yogyakarta.

Sundawati, D, Yanti, dan Damai. 2011. Tehnik aseptik. Bandung : PT Refika Aditama

Tanjung Rahajeng. (2009). Diagnosis dan Penetalaksanaan Nyeri Punggung

Tietjen, Bossemeyer & Noel. (2011). Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dengan Sumber. Jakarta; Salemba Raya

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defmisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Vowden, K &Vowden, P. 2011. Debridement made easy. Wounds UK. 7 (4).1-4.

Winata. Susanty, Dewi. 2014. Diagnosis aan Penatalaksanaan Nyeri Punggung Bawah dari Sudut pandang Okupasi. J. Kedokt Meditek Vol. 20 No. 54, Sept-Des 2014. FK UKRIDA.

Yudhinono , N. F., & Fitriyani. (2017, September). Sistem Pakar Diagnosis Penyakit Hernia Nukleus Pulposus Menggunakan Forward Chainning Berbasis Web. Kajian Ilmiah, 17.

**LAMPIRAN 1**

**SOP PERAWATAN LUKA POST OPERASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **SOP Perawatan Luka Post Operasi** | **Keterangan** |
| 1 | Definisi | Tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya |
| 2 | Tujuan | 1. Agar terhindar dari infeksi. 2. Agar luka tetap bersih 3. Mempercepat penyembuhan. 4. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka 5. Mencegah terjadinya pencemaran oleh cairan dan kuman yang berasal dari luka ke daerah sekitarnya 6. Mencegah terjadinya infeksi silang 7. Mengistirahatkan bagian yang luka atau sakit 8. Sebagai penahan pada bagian yang luka atau sakit 9. Memberikan rasa aman dan nyaman Komplikasi Perawatan Luka Tidak Maksimal |
| 3 | **Persiapan alat peralatan steril** | **Peralatan Steril:**  1.Pinset anatomis 2bh/ sarung tangan 2. Pinset cirurgis 1bh 3. Kom kecil 2bh 4. Gunting lurus (bila diperlukan) 5. Kasa steril 6. Kapas lidi 7. Betadine 10% dalam tempatnya 8. NaCl 0.9%  **Rivanol Peralatan tidak steril** 1. Gunting perban 2. Plester / perban gulung 3. Perlak 4. Bengkok |
| 4 | **Persiapan pasien** | 1.Menjelaskan tindakan 2. Perhatikan privacy pasien 3. Mengatur posisi |
| 5 | Prosedur kerja | 1. Peralatan didekatkan 2. Mencuci tangan 3. Perlak dipasang di daerah yang luka, bengkok di  dekatkan (dari arah dalam keluar) dan bila balutan menggunakan perban dibuka dengan gunting  4. Balutan dibuang ke bengkok menggunakan pinset cirurgis  5. Pinset cirurgis yang telah dipakai disimpan ke dalam bengkok  6. Bersihkan luka dengan kasa steril yang sudah dibasahi oleh antiseptic (NaCl 0.9% / rivanol) menggunakan pinset anatomis dari arah atas ke bawah dan dari dalam ke luar, kasa kotor dibuang ke bengkok keringkan lika dengan kasa steril sampai kering, serat kasa jangan sampai melekat pada luka.  7. Luka ditutup dengan kasa yang diberikan betadine 10%, luka ditutup lagi dengan kasa steril, fiksasi menggunakan plester/ dibalut dengan perban.  8. Mengatur posisi pasien kembali  9. Peralatan dibersihkan/dirapihkan  10. Cuci tangan  11. Catat respon pasien |

**LAMPIRAN 2**

**LAPORAN SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

**CUCI TANGAN DI RUANG H-1**

**RSPAL Dr. Ramelan Surabaya**

akper3

**Oleh :**

**SUPARLAN**

**1721017**

**PROGRAM STUDI PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**

**CUCI TANGAN**

Pokok Bahasan : Cuci tangan 6 langkah

Sub Pokok Bahasan : Menjelaskan tentangcara mencuci tangan 6 langkah

Sasaran : Keluarga, bapak, ibu dan pasien

Tempat : Ruang H-1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Hari/ Tanggal : Jumat, 30 Januari 2020

Waktu : 30 Menit

1. Tujuan
2. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan diharap kankeluarga dan pasien di ruang nifas dapat mengerti tentang cuci tangan 6 langkah.

1. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah di beri penyuluhan30 menit sasaran di harap kan mampu :

1. Menyebutkan definisi tentang mencuci tangan
2. Menyebutkan tujuan mencuci tangan
3. Menyebutkan indikasi mencuci tangan
4. Menyebutkan prinsip mencuci tangan
5. Menyebutkan prosedur/cara mencuci tangan 6 langkah
6. Materipenyuluhan

Materi tentang mencuci tangan 6 langkah

1. Menyebutkan definisi tentang mencuci tangan
2. Menyebutkan tujuan mencuci tangan
3. Menyebutkan indikasi mencuci tangan
4. Menyebutkan prinsip mencuci tangan
5. Menyebutkan prosedur/cara mencuci tangan 7 langkah
6. Kegiatanpenyuluhan
7. Pembukaan selama 10 menit
   * 1. Menyebutkan salam
     2. Memperkenalkan diri
     3. Kontrak waktu
     4. Mengkondisi keluarga dan pasien
     5. Apersepsi
8. Kegiatan inti selama 25 menit
9. Menyebutkan definisi tentang mencuci tangan
10. Menyebutkan tujuan mencuci tangan
11. Menyebutkan indikasi mencuci tangan
12. Menyebutkan prinsip mencuci tangan
13. Menyebutkan prosedur/cara mencuci tangan 7 langkah
14. Kegiatan penutup selama 10 menit
15. Salam penutup
16. Metode

1. Ceramah

2. Tanya jawab

1. Media

1. Leaflet

1. Evaluasi
2. Evaluasi persiapan
3. Materi sudah siap dan dipelajari 3 hari sebelum penkes
4. Media sudah siap 2 hari sebelum penkes
5. Undangan untuk peserta disampaikan 3 hari sebelum penkes
6. Tempat sudah siap 2 hari sebelum penkes
7. SAP sudah siap 2 hari sebelum penkes
8. Evaluasi proses
9. 75 % peserta didik datang tepat waktu
10. Peserta didik memperhatikan penjelasan penyaji
11. Peserta didik aktif bertanya dan memberikan pendapat
12. Media dapat digunakan secara aktif

**RancanganPenyuluhan / PendidikanKesehatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Acara | Waktu | Kegiatan Penyuluhan | Evaluasi |
| 1. | Pembukaan | 2 menit | * Mengucapkan salam. * Memperkenalkan diri. * Menyampaikan topik dan tujuan. * Menyampaikan kontrak dan mekanisme penyuluhan. | * Menjawab salam. * Mendengarkan. * Mendengarkan. * Mendengarkan. |
| 2. | Isi | 10 menit | * Menggali pengetahuan dan pengalaman pasien tentang cuci tangan dengan benar * Menyebutkandefinisitentangmencuci tangan * Menyebutkantujuan mencuci tangan * Menyebutkanindikasi mencuci tangan * Menyebutkanprinsip mencuci tangan * Menyebutkanprosedur/cara mencuci tangan 6 langkah | * Menyampaikan pengetahuan tentang mencuci tangan. * Mendengarkan dan memperhatikan. * Mendengarkan dan memperhatikan. * Mendengarkan dan memperhatikan. * Mendengarkan dan memperhatikan. * Memperhatikan dan mempraktikkan. |
| 3. | Diskusi | 10 menit | * Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya. * Menjawab pertanyaan yang diajukan. * Mengevaluasi pengetahuan peserta tentang materi yang telah disampaikan. | * Peserta bertanya. * Menjawab pertanyaan. * Mendengarkan, memperhatikan serta memberikan feedback. |
| 4. | Penutup | 3 menit | * Menyimpulkan hasil penyuluhan. * Memberi saran-saran. * Memberi salam. * Memberikan apresiasi atas perhatian pasien. | * Mendengarkan. * Mendengarkan. * Menjawab salam. * Bertepuk tangan dan menutup materi. |

**Kriteria Evaluasi**

1. Evaluasi Struktur
2. Peserta hadir di tempat pelaksanaan pada waktu yang telah ditentukan.
3. Persiapan dilaksanakan satu hari sebelum acara.
4. Evaluasi Proses.
5. Kegiatan berjalan dengan lancar dan tujuan mahasiswa tercapai dengan baik.
6. Peserta antusias mendengarkan materi penyuluhan dari awal sampai akhir.
7. Peserta tidak ada yang meninggalkan tempat selama proses penyuluhan berlangsung.
8. Peserta antusias bertanya sesuai dengan permasalahan yang mereka hadapi.
9. Pelaksanaan penyuluhan berjalan dengan baik.
10. Evaluasi Hasil
11. Penyuluhan diikuti oleh 50% dari jumlah pasien.
12. Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh.

**MATERI PENYULUHAN**

1. **Pengertian Mencuci Tangan**

Mencuci tangan adalah menggosok kedua pergelangan tangan dengan kuat secara bersamaan menggunakan zat pembersih yang sesuai dan dibilas dengan air mengalir dengan tujuan menghilangkan mikroorganisme sebanyak mungkin. Ada dua prosedur pencucian tangan yang dapat dilakukan.

Kegagalan untuk melakukan kebersihan dan kesehatan tangan yang tepat dianggap sebagai sebab utama infeksi nosokomial yang menular di pelayanan kesehatan, penyebaran mikroorganisme multiresisten dan telah diakui sebagai kontributor yang penting terhadap timbulnya wabah (Boyce dan Pitter, 2002). Cuci tangan dianggap sebgai salah satu langkah paling efektif untuk mengurangi penularan mikroorganisme dan mencegah infeksi.

Cuci tangan sebaiknya dilakukan sebelum memeriksa atau kontak langsung dengan pasien,sebelum memakai sarung tangan bedah steril atau DTT setelah kedua tangan terkontaminasi (memegang instrumen yang kotor dan alat lainnya ; menyentuh selaput lendir,darah/duh tubuh lainnya;kontak yang lama dan intensif dengan pasien) setelah melepas sarung tangan.

1. **Tujuan Mencuci Tangan**

Mencuci tangan merupakan suatu teknik yang paling mendasar untuk menghindari masuknya kuman kedalam tubuh dimana tindakan ini dilakuakn dengan tujuan :

1. Menghilangkan kotoran yang melekat di tangan
2. Menghilangkan bau yang melekat di tangan
3. Mencegah penyebaran infeksi silang
4. Menjaga kondisi tangan agar tetap steril
5. Memberikan perasaan yang segar dan bersih
6. **Indikasi Mencuci Tangan**

Dalam kehidupan sehari-hari banyak penyebaran penyakit yang melalui tangan, oleh karena itu berikut indikasi mencuci tangan :

1. Sebelum dan setelah kontak dengan kulit bayi atau cairan tubuh

2. Sebelum melakukan teknik aseptic

3. Sebelum memegang makanan

4. Bila terlihat kotor

5. Setelah dari toilet

6. Setelah kontak dengan peralatan yang kotor atau berpotensi terkontaminasi

7. Setelah melepaskan sarung tangan

1. **Prinsip Mencuci Tangan**

Dalam mencuci tangan terdapat beberapa prinsip, antara lain :

* + - 1. Anggap bahwa semua alat terkontaminasi : jangan terlalu sering memegang keran, tempat sabun, wastafel, alat pengering, terutama setelah mencuci tangan : dianjurkan untuk menggunakan tempat sampah yang dapat dibuka tutup menggunakan injakan kaki, keran yang diputar dengan siku.
  1. Jangan memakai perhiasan : cincin meningkatkan jumlah mikroorganisme yang ada ditangan; perhiasan juga menimbulkan kesulitan dalam mencuci tangan secara seksama.
  2. Gunakan air hangat yang mengalir, alirannya diatur sedemikian rupa demi kenyamanan; air yang terlalu panas akan membuka pori-pori dan menyebabkan iritasi kulit; cegah terjadinya percikan air, terutama kebaju, karena mikroorganisme akan berpindah dan berkembang biak di tempat yang lembab.
  3. Gunakan sabun yang tepat dan gunakan sampai muncul busa: sabun akan mengemulsikan lemak dan minyak serta mengurangi tegangan permukaan, sehingga memudahkan pembersihan.
  4. Gunakan gerakan memutar, menggosok dan bergeser: gerakan ini mengangkat dan menghilangkan kotoran dan mikroorganisme.
  5. Gunakan handuk atau tisu sekali pakai untuk mengeringkan tangan : handuk ini lebih sedikit menyebarkan mikroorganisme dibandingkan pengering udara panas atau handuk.

1. **Prosedur/cara mencuci tangan 6 langkah**
2. Peralatan dan perlengkapan
3. sabun biasa/ antiseptik
4. handuk bersih atau tisu
5. wastafel atau air mengalir
6. Prosedur pelaksanaan
7. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan
8. Lepas cincin, jam tangan, dan gelang.
9. Basahi kedua tangan degan menggunakan air mengalir
10. Tuangkan sabun secukupnya
11. Ratakan sabun pada kedua telapak tangan
12. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
13. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
14. Bersihkan punggung jari dengan gerakan mengunci
15. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan, lakukan sebaliknya
16. Bersihkan ujung jari tangan kanan dengan gerakan memutar pada telapak tangan kiri dan lakukan sebaliknya
17. Gosok pergelangan tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan lakukan sebaliknya
18. Bilas kedua tangan dengan air mengalir
19. Keringkan tangan dengan tisu sekali pakai sampai benar-benar kering
20. Gunakan tisu tersebut untuk menutup keras

**DAFTAR PUSTAKA**

Boyce, J.M. , Pittet D., 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings : recommendations of the HICPAC and HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. MMWR, 30,1-35

**6 Langkah Cuci Tangan Yang Benar**

**akper3**

**Oleh :**

**SUPARLAN**

**1721017**

**PROGRAM STUDI D-III**

**KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI**

**ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**DEFINISI :**

Cuci tangan adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari kulit kedua belah tangan dengan memakai sabun dan air. Tujuannya adalah untuk menghilangkan kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit dan mengurangi jumlah mikroorganisme

**6 LANGKAH CUCI TANGAN :**

****

**6 langkah cuci tangan yang benar menurut WHO yaitu :**

1. Tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
2. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
3. Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih
4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci
5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



**5 MOMEN CUCI TANGAN BAGI PERAWAT DAN KELUARGA PASIEN:**

1. Sebelum kontak dengan pasien,
2. Sebelum tindakan aseptik,
3. Setelah terkena cairan tubuh pasien,
4. Setelah kontak dengan pasien,
5. Setelah kontak dengan linkungan di sekitar pasien

**PENTINGNYA CUCI TANGAN …**

Pentingnya cuci tangan adalah salah satu tindakan untuk mencagah terjadinya penularan penyakit.