

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERIAKUT PADA PASIEN HERNIA
NUKLEUS PULPOSUS SERVIKAL DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE 2016**



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA

2016

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN
DENGAN *HERNIA NUKLEUS PULPOSUS SERVIKAL* DI RUANG ANGGREK
RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

FITRI ANDRIANI
P1504173183

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 19 Desember 2016

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK : 113072.86.14.071

Ns. Basmalah A, S.Kep
NIK : 1984 1106 201503 2 001

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Ners
STIKES Wiyata Husada Samarinda**



Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmatNya sehingga tugas akhir Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN HERNIA NUKLEUS PULPOSUS SERVIKAL DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE 2016”** dapat terselesaikan. KIAN ini salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners di Stikes Wiyata Husada Samarinda.

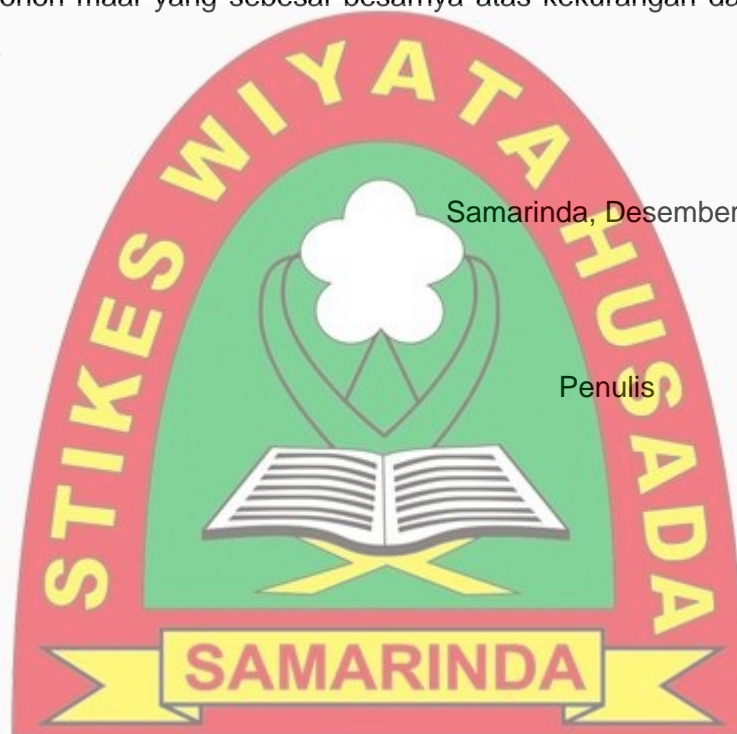
Penulis menyadari kekurangan dan keterbatasan dalam hal pengetahuan dan wawasan yang dimiliki. Oleh karena itu tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak, khususnya pembimbing maka Karya Ilmiah Karya Ners ini tidak dapat terselesaikan.

Dalam kesempatan ini ijin penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Kepada Direktur Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani yang telah menerima dan memberikan ijin untuk melakukan praktek Klinik Peminatan Keperawatan Medikal bedah.
2. Kepada Kepala Ruangan Anggrek Ibu Iswanti,S.ST yang telah menerima kami untuk melakukan praktek klinik Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Ruang Anggrek.
3. Ns.Rusdi,S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing akademik peminatan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
4. Ns.Basmalah Arla ,S.Kep selaku pembimbing klinik peminatan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dorongan semangat dengan sabar selama penulis menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners .
5. Orang tua dan Keluarga tercinta yang telah memberikan doa, dukungan, dan nasehat yang baik secara moral maupun spiritual kepada saya.
6. Kepada semua teman-teman seperjuangan angkatan 2015 khususnya PROFESI NERS STIKES WHS yang telah banyak memberi motivasi dan dukungannya.

7. Terima kasih banyak untuk sahabat saya Kiki Najhiyah (Ndut), Diana Widia Indriawati Lebang (Lebang), Norfayanti (Emak) dan Novia Sari (Oneng) yang selalu memberi motivasi, dukungan selama kuliah 5 tahun.
8. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan proposal.

Penulis menyadari banyaknya kekurangan dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan penulis, maka dengan terbuka penulis menerima masukan kritik dan saran untuk perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan dan semua pihak yang membutuhkan .Akhir kata penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya atas kekurangan dan kesalahan yang dilakukan.



ABSTRAK

Fitri Andriani s.kep¹, NsRusdi S.Kep.,Mkep²,Ns. Basmalah Arla S.kep³

Nyeri pada penyakit Hernia Nukleus Pulposus adalah rasa sakit atau dada tertekan, rasa sakit yang menyebar kelengan terutama pada lengan sebelah kiri, dada terasa nyeri saat melakukan kegiatan fisik dan reda dengan beristirahat. Penyebab nyeri dada adalah ketidakseimbangan antara suplai oksigen dengan kebutuhan oksigen miokard maka terjadi proses metabolisme an aerob yang menghasilkan asam laktat sehingga menyebabkan kerja jantung lebih keras dan bisa memutuskan aliran darah ke otot jantung ini yang menyebabkan rasa nyeri dada yang sangat hebat sehingga nyeri dada harus segera diatasi (brunner,2002).

Pelaksanaan Intervensi asuhan keperawatan dalam pemberian Teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3. Berlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut, agar bisa konsentrasi mata sambil terpejam dan dipusatkan pada daerah yang nyeri, ulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang atau hilang.

Evaluasi hasil pemberian intervensi adalah Pemberian Tehknik Relaksasi Nafas Dalam pada pasien Hernia Nukleus Pulposus yang mengalami masalah kenyamanan : Nyeri Akut berhubungan dengan Agent Cedera Fisik Efektif mengurangi rasa nyeri Hal ini terlihat dari respon pasien pada saat penulis memberikan intervensi keperawatan dengan Tehnik Relaksasi Nafas Dalam

Kata kunci : Nyeri ,Intervensi Asuhan keperawatan.

¹Mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen pembimbing STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Pembimbing Klinik ruang Anggrek Rumah sakit.AWS

ABSTRACT

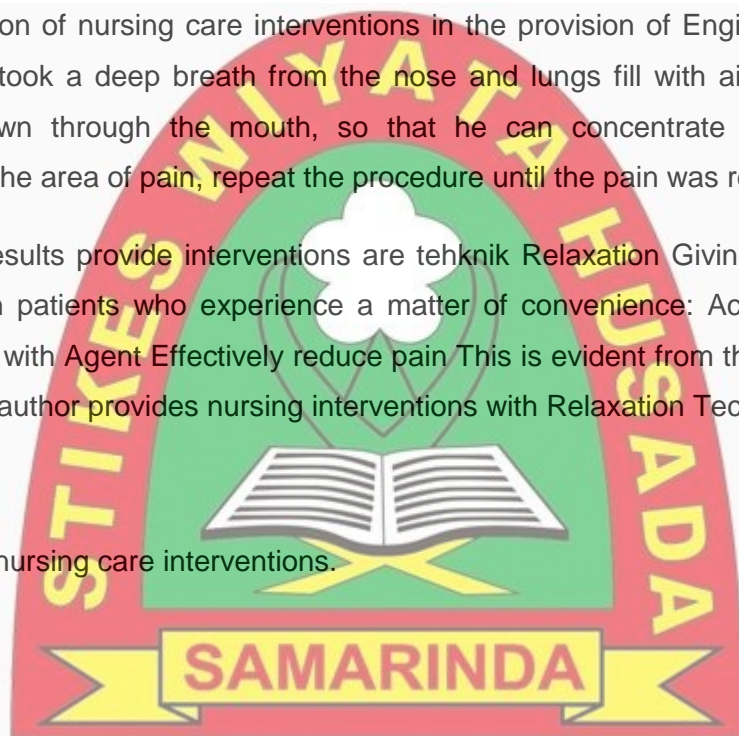
Fitri Andriani S.Kep, Ns Rusdi S.Kep., M.kep, Ns.Basmalah Arla S.Kep

Pain in the spinal disc herniation disease is chest pain or pressure, pain that spreads especially on the left arm, chest pain while doing physical activity and subsides with rest. The cause of chest pain is an imbalance between oxygen supply to myocardial oxygen demand it occurred metabolic processes an aerobic which produce lactic acid that causes the heart work harder and can decide blood flow keotot this heart that causes chest pain is very great so that the chest pain must be addressed immediately (brunner, 2002).

Implementation of nursing care interventions in the provision of Engineering relaxation breath in a way took a deep breath from the nose and lungs fill with air through a count 1,2,3. air is blown through the mouth, so that he can concentrate eyes closed and concentrated on the area of pain, repeat the procedure until the pain was reduced or lost.

Evaluation results provide interventions are tehknik Relaxation Giving Breath In spinal disc herniation in patients who experience a matter of convenience: Acute Pain Physical Injury associated with Agent Effectively reduce pain This is evident from the response of the patient when the author provides nursing interventions with Relaxation Techniques Breath In

Keywords: Pain, nursing care interventions.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI	v

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
D. Manfaat penelitian	3

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Teori	
A. Pengertian	4
B. Etiologi	4
C. Gejala	5
D. Patofisiologi	5
E. Manifestasi Klinis	7
F. Penatalaksanaan	8
G. Pemeriksaan Penunjang	10
2. Konsep Dasar Keperawatan	
A. Pengkajian	11
B. Diagnosa Keperawatan	17
C. Intervensi Keperawatan	17

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian	21
B. Analisa Data	30
C. Diagnosa Keperawatan	32
D. Rencana Keperawatan	33

E. Implementasi Keperawatan / Evaluasi 38

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktek 53
B. Analisis Masalah 56
C. Analisis Masalah Keperawatan Terkait Jurnal 56
D. Alternatif Pemecahan Masalah 59

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan 60
B. Saran 60

DAFTAR PUSTAKA



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Layanan keperawatan menurut Kelompok Kerja Keperawatan KDIK (dalam Sitorus2006) adalah suatu bentuk layanan profesional yang masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat, yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Inti dari praktik keperawatan ialah pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi fenomena keperawatan. Fenomena tersebut merupakan deviasi dari kebutuhan dasar manusia yang salah satunya adalah relaksasi.

Begitu banyak penyakit yang ada di masyarakat saat ini. Kadangkala berakhir buruk pada orang tersebut, Beberapa faktor yang menyebabkan yaitu kurangnya pengetahuan tentang penyakit tersebut, tidak peduli dengan anggapan nantinya akan sembuh sendiri dan minimnya perekonomian masyarakat. Salah satu penyakit yang cukup sering ada pada masyarakat dengan "syaraf terjepit" yang dalam istilah medis disebut Hernia Nucleus Pulposus. Salah satu gejalanya yaitu nyeri hebat yang menjalar dari punggung sampai kaki. Mungkin disebabkan orang tersebut setelah mengangkat beban berat.

Salah satu penyebab yang paling sering dari nyeri punggung adalah Hernia Nucleus Pulposus (HNP). HNP merupakan rupturnya nukleus pulposus (Brunner dan Suddarth, 2002). Prevalensi HNP berkisar antara 1-2% dari populasi (Purwanto, 2003). Perbandingan laki-laki dengan perempuan adalah seimbang, yaitu 1 : 1 (Ramacandran TS et al, 2003). Usia yang paling sering mengalami HNP adalah pada usia 30-50 tahun (Feske et al, 2003). HNP lumbalis paling sering 90% mengenai diskus intervertebalis L5-S1 dan L4-L5 (Purwanto, 2003).

Nukleus pulposus adalah bagian tengah diskus yang bersifat semigetalin. Nukleus ini mengandung berkas-berkas kolagen sel jaringan penyambung dan sel-sel tulang rawan. Dan berperan penting dalam pertukaran cairan antar diskus dan pembuluh-pembuluh kapiler.

Data Rekam Medik Ruang Anggrek Rumah Sakit RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda, jumlah penderita Hernia Nucleus Pulposus selama 9 bulan terakhir yaitu dari bulan Januari sampai September 2016 sebanyak 1 pasien. Sedangkan untuk data rekam medik keseluruhan di Rumah Sakit RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda, jumlah pasien Hernia Nucleus Pulposus selama 9 bulan terakhir sebanyak 6 pasien.

Pentingnya memberikan intervensi menghilangkan nyeri punggung pada pasien Hernia Nucleus Pulposus maka penulis akan merumuskan masalah:

Bagaimanakah asuhan keperawatan nyeri punggung pada pasien Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Ilmiah Akhir Ners “Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Hernia Nukleus Pulposus Di Ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016”

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran analisis asuhan keperawatan pada pasien Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.

C. Tujuan Peneliiian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan pada pasien Bapak.J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.
- c. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.
- e. Penulis mampu melakukan penilaian asuhan keperawatan pada Bapak. J dengan Hernia Nukleus Pulposus di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis

Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan mengenai pasien Hernia Nukleus Pulposus .

2. Bagi instansi

a. Pendidikan

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar tentang masalah keperawatan mengenai Hernia Nukleus Pulposus .

b. Rumah sakit

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada pasien Hernia Nukleus Pulposus.

c. Profesi keperawatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan informasi dibidang keperawatan medikal bedah tentang asuhan keperawatan pada pasien Hernia Nukleus Pulposus.

d. Pasien

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pasien tentang perawatan pada pasien Hernia Nukleus Pulposus.



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Hernia Nukleolus Pulposus adalah hernia yang terjadi pada sumsum tulang belakang. Hernia ini terjadi karena nukleus pulposus yang berada diantara dua tulang belakang menonjol keluar (Oswari, 2000). Hernia Nukleus Pulposus (HNP) adalah herniasi atau penonjolan keluar dari nukleus pulposus yang terjadi karena adanya degenerasi atau trauma pada anulus fibrosus (Rasjad, 2003).

Herniasi adalah suatu proses bertahap yang ditandai dengan serangan-serangan penekanan akar syaraf yang menimbulkan berbagai gejala dan periode penyesuaian anatomik (Price, 2005). Nukleus Pulposus adalah bantalan seperti bola dibagian tengah diskus (lempengan kartilago yang membentuk sebuah bantalan diantara tubuh vertebra). (Smeltzer, 2001).

Hernia Nukleolus Pulposus adalah herniasi yang banyak terjadi pada L4 – L5 atau tulang antara L5 – S1 yang menimbulkan nyeri punggung bawah disertai derajat gangguan sensorik dan motorik (Brunner & Suddarth, 2001).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa Hernia Nukleolus Pulposus adalah suatu keadaan dimana terganggunya saraf-saraf tulang belakang khususnya daerah lumbal sehingga menyebabkan perasaan nyeri daerah punggung yang dapat menjalar ke daerah ekstremitas.

2. Etiologi

- a. Trauma, hiperfleksia, injuri pada vertebra
- b. Spinal stenosis
- c. Ketidakstabilan vertebra karena salah posisi, mengangkat, dll
- d. Pembentukan osteophyte
- e. Degenerasi dan dehidrasi dari kandungan tulang rawan annulus dan nucleus mengakibatkan berkurangnya elastisitas sehingga mengakibatkan herniasi dari nucleus hingga annulus.

3. Gejala

Gejala utama yang muncul adalah rasa nyeri di punggung bawah disertai otot-otot sekitar lesi dan nyeri tekan .

HNP terbagi atas :

- a. HNP sentral

HNP sentral akan menimbulkan paraparesis flasid, parestesia, dan retensi urine

b. HNP lateral

Rasa nyeri terletak pada punggung bawah, ditengah-tengah abtra pantat dan betis, belakang tumit dan telapak kaki. Ditempat itu juga akan terasa nyeri tekan. Kekuatan ekstensi jari ke V kaki berkurang dan refleks achiler negatif. Pada HNP lateral L 4-5 rasa nyeri dan tekan didapatkan di punggung bawah, bagian lateral pantat, tungkai bawah bagian lateral, dan di dorsum pedis. Kekuatan ekstensi ibu jari kaki berkurang dan refleks patela negatif. Sensibilitas [ada dermatom yang sdesuai dengan radiks yang terkena menurun. Pada percobaan lasegue atau test mengnagkat tungkai yang lurus (*straigh leg raising*) yaitu mengangkat tungkai secara lurus dengan fleksi di sendi panggul, akan dirasakan nyeri disepanjang bagian belakang (tanda lasefue positif).

4. Patofisiologi

Nukleus pulposus terdiri dari jaringan penyambung longgar dan sel-sel kartilago yang mempunyai kandungan air yang tinggi. Nukleus pulposus bergerak, cairan menjadi padat dan rata serta melebar di bawah tekanan dan menggelembungkan annulus fibrosus.

Menjebolnya nukleus pulposus ke kanalis vertebralis berarti bahwa nukleus pulposus menekan pada radiks yang bersama-sama dengan arteri radikulasi berada dalam bungkus dura. Hal ini terjadi bila penjebolan di sisi lateral. Bilamana tempat herniasinya di tengah, maka tidak ada radiks yang terkena.

Salah satu akibat dari trauma sedang yang berulang kali mengenai diskus intervertebrais adalah terobeknya annulus fibrosus. Pada tahap awal, robeknya anulus fibrosus itu bersifat sirkumferensial, karena gaya traumatik yang berkali-kali, berikutnya robekan itu menjadi lebih besar dan disamping itu timbul sobekan radikal. Kalau hal ini sudah terjadi, maka soal menjebolnya nukleus pulposus adalah soal waktu dan trauma berikutnya saja.

Protrusi atau ruptur nukleus pulposus biasanya didahului dengan perubahan degeneratif yang terjadi pada proses penuaan. Kehilangan protein polisakarida dalam diskus menurunkan kandungan air nukleus pulposus. Perkembangan pecahan yang menyebar di anulus melemahkan pertahanan pada herniasi nukleus. Setela trauma jatuh, kecelakaan, dan stress minor berulang seperti mengangkat) kartilago dapat cedera.

Pada kebanyakan pasien, gejala trauma segera bersifat khas dan singkat, dan gejala ini disebabkan oleh cedera pada diskus yang tidak terlihat selama beberapa bulan maupun tahun. Kemudian pada degenerasi pada diskus, kapsulnya mendorong ke arah medula spinalis atau mungkin ruptur dan memungkinkan nukleus pulposus terdorong terhadap sakus dural atau terhadap saraf spinal saat muncul dari kolumna spinal.

Hernia nukleus pulposus ke kanalis vertebralis berarti bahwa nukleus pulposus menekan pada radiks yang bersama-sama dengan arteria radikularis berada dalam bungkus dura. Hal ini terjadi kalau tempat herniasi di sisi lateral. Bilamana tempat herniasinya ditengah-tengah tidak ada radiks yang terkena. Lagipula, oleh karena pada tingkat L2 dan terus kebawah sudah tidak terdapat medula spinalis lagi, maka herniasi di garis tengah tidak akan menimbulkan kompresi pada kolumna anterior.

Setelah terjadi hernia nukleus pulposus sisa duktus intervertebralis mengalami lisis sehingga dua korpora vertebra bertumpang tindih tanpa ganjalan.

Diskus Intervertebralis adalah lempengan kartilago yang membentuk sebuah bantalan diantara tubuh vertebra. Material yang keras dan fibrosa ini digabungkan dalam satu kapsul. Bantalan seperti bola dibagian tengah diskus disebut nukleus pulposus. HNP merupakan rupturnya nukleus pulposus. (Brunner & Suddarth, 2002).

Diskus intervertebral dibentuk oleh dua komponen yaitu; nukleus pulposus yang terdiri dari serabut halus dan longgar, berisi sel-sel fibroblast dan dibentuk oleh anulus fibrosus yang mengelilingi nukleus pulposus yang terdiri dari jaringan pengikat yang kuat.

Nyeri tulang belakang dapat dilihat pada hernia diskus intervertebral pada daerah lumbosakral, hal ini biasa ditemukan dalam praktek neurologi. Hal ini biasa berhubungan dengan beberapa luka pada tulang belakang atau oleh tekanan yang berlebihan, biasanya disebabkan oleh karena mengangkat beban/ mengangkat tekanan yang berlebihan (berat). Hernia diskus lebih banyak terjadi pada daerah lumbosakral, juga dapat terjadi pada daerah servikal dan thorakal tapi kasusnya jarang terjadi. HNP sangat jarang terjadi pada anak-anak dan remaja, tetapi terjadi dengan umur setelah 20 tahun.

Menjebolnya (hernia)nucleus pulposus bisa ke korpus vertebra diatas atau di bawahnya. Bisa juga menjebol langsung ke kanalis vertbralis. Menjebolnya sebagian dari nucleus pulposus ke dalam korpus vertebra dapat dilihat dari foto roentgen polos dan dikenal sebagai nodus Schmorl. Robekan

sirkumferensial dan radikal pada nucleus fibrosus diskus intervertebralis berikut dengan terbentuknya nodus schomori merupakan kelainan mendasari "low back pain" sub kronik atau kronik yang kemudian disusun oleh nyeri sepanjang tungkai yang dikenal sebagai khokalgia atau siatika.

5. Manifestasi Klinis

Nyeri dapat terjadi pada bagian spinal manapun seperti servikal, torakal (jarang) atau lumbal. Manifestasi klinis bergantung pada lokasi, kecepatan perkembangan (akut atau kronik) dan pengaruh pada struktur disekitarnya. Penekanan terhadap radiks posterior yang masih utuh dan berfungsi mengakibatkan timbulnya nyeri radikular. Jika penekanan sudah menimbulkan pembengkakan radiks posterior, bahkan kerusakan structural yang lebih berat gejala yang timbul ialah hipestesia atau anastesia radikular. Nyeri radikular yang bangkit akibat lesi iritatif di radiks posterior tingkat cervical dinamakan brakialgia, karena nyerinya dirasakan sepanjang lengan. Sedangkan nyeri radikular yang dirasakan sepanjang tungkai dinamakan iskialgia, karena nyerinya menjalar sepanjang perjalanan iskiadikus dan lanjutannya ke perifer.

Gejala klasik dari HNP Servikal adalah : nyeri punggung yang diperberat dengan posisi duduk dan nyeri menjalar hingga ekstremitas bawah. Nyeri radikular atau sciatica, biasanya digambarkan sebagai sensasi nyeri tumpul, rasa terbakar atau tajam, disertai dengan sensasi tajam seperti tersengat listrik yang intermiten. Level diskus yang mungkin mengalami herniasi dapat dievaluasi berdasarkan distribusi tanda dan gejala neurologis yang timbul.

Sindrom lesi yang terbatas pada masing – masing radiks lumbalis :

- a. L3 : Nyeri, kemungkinan parestesia atau hipalgesia pada dermatom L3, parestesia otot quadrisept femoris, reflex tendon kuadrisept (reflex patella) menurun atau menghilang.
- b. L4 : Nyeri, kemungkinan parestesia atau hipalgesia pada dermatom L4, parestesia otot kuadrisept dan tibialis anterior dan tibialis anterior, reflex patella berkurang.
- c. Ø L5 : Nyeri, kemungkinan parestesia atau hipalgesia pada dermatom L5, parestesis dan kemungkinan atrofi otot ekstensor halusis longus dan digitorium brevis, tidak ada reflex tibialis posterior.
- d. Ø S1 : Nyeri, kemungkinan parestesia atau hipalgesia pada dermatom S1, paresis otot peronealis dan trisept surae, hilangnya reflex trisept surae (*reflex tendon Achilles*).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada Hernia Nukleolus Pulposus terdiri dari penatalaksanaan medis (penatalaksanaan pembedahan) dan penatalaksanaan keperawatan pre dan post operasi.

- a. Penatalaksanaan Medis (pembedahan) pada region lumbal meliputi eksisi discus lumbal melalui Laminectomy posterolateral dan tehnik Mikrodisektomy baru dan Disektomy perkutaneus. Mikrodisektomy menggabungkan operasi dengan Mikroskop untuk melihat potongan yang terganggu dan menekan akar saraf. Ini dilakukan dengan sayatan kecil (2,5 cm) dan kehilangan darah sedikit dan dilakukan sekitar 30 menit. Umumnya membutuhkan waktu perawatan di rumah sakit dalam waktu yang pendek dan pasien lebih cepat pulih.

Disektomy perkutaneus merupakan pengobatan alternatif pada herniasi potongan Intervertebral pada spinal lumbal tingkat L4 – L5. Salah satu pendekatan dalam pelaksanaannya dengan menyayat 2,5 cm daerah di atas kepala Iliaka. Sebuah selang, trokar atau kanul dimasukkan dengan bantuan sinar X melalui ruang Retroperitoneal untuk masuk ke dalam ruang diskus. Panjang instrumen harus digunakan untuk mengangkat diskus. Operasi menggunakan waktu sekitar 15 menit. Kehilangan darah dan nyeri minimal dan pasien umumnya keluar dalam dua hari setelah pembedahan. Kerugian prosedur ini meliputi kemungkinan kerusakan pada lokasi struktur yang dilalui dalam pembedahan.

- b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Pre operasi

Kebanyakan pasien takut dilakukan pembedahan pada bagian spinal. Dan dengan demikian membutuhkan keyakinan (bahwa pembedahan tidak melemahkan bagian belakang tubuh) dan menjelaskan seluruh proses. Bila data dikumpulkan berupa riwayat kesehatan beberapa keluhan nyeri, parastesia, dan spasme otot perlu dicatat untuk memberikan dasar sebagai perbandingan setelah pembedahan. Pengkajian pra operasi harus juga meliputi evaluasi pada gerakan eksstremitas. Demikian pula fungsi kandung kemih dan usus besar. Untuk memfasilitasi prosedur membalik pra operasi pasien diajarkan berbalik dengan cara serempak satu kesatuan (digelinding) sebagai bagian persiapan pra operasi. Bentuk-bentuk lain cara yang dilakukan pasca operasi yang harus dilatih sebelum pembedahan adalah nafas dalam, batuk, dan latihan otot-otot yang akan membantu mempertahankan tonus otot.

2) Pasca operasi

Setelah eksisi lumbal discus, maka perlu dilakukan pengecekan dengan sering terhadap tanda-tanda vital dan luka terhadap adanya perdarahan karena cedera vaskular adalah komplikasi pembedahan diskus perlu juga dievaluasi sensasi dan kekuatan motorik pada ekstremitas bawah secara teratur dan spesifik demikian pula dengan warna dan temperatur kaki dan sensasi jari-jari kaki. Selain itu penting juga untuk mengkaji kemungkinan retensi urine. Tanda-tanda yang mungkin, terjadi kerusakan neurologik. Dapat diajarkan kepada klien tentang bagaimana membalikkan tubuh di atas tempat tidur dan dijelaskan agar melakukan latihan secara rutin. Hindarkan duduk kecuali untuk defekasi. Posisi lutut yang fleksi sedikit dapat memberikan relaksasi otot bagian belakang tubuh. Klien dibantu untuk bergerak dari satu sisi ke sisi yang lain yang bertujuan untuk mengurangi tekanan. Tetapi lebih dahulu diyakinkan bahwa tidak ada cedera yang diakibatkan oleh perpindahan posisi. Membalikkan klien dilakukan dengan tubuh sebagai kesatuan unit (digelindingkan) tanpa adanya lekukan pada bagian punggung.

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Foto Ronsen spinal : memperlihatkan adanya perubahan degeneratif pada tulang belakang/ ruang intervertebralis atau mengesampingkan kecurigaan petologis lain seperti tumor, osteomyelitis.
- b. Elektromielografi : dapat melokalisasi lesi pada tingkat akar saraf spinal utama yang terkena
- c. Venogram epidural : dapat dilakukan pada kasus dimana keakuratan dari Miografi terbatas.
- d. Fungsi lumbal : mengesampingkan kondisi yang berhubungan, infeksi, adanya darah.
- e. Tanda Le Seque (tes dengan mengangkat klaki lurus ke depan) mendukung diagnosa awal dari herniasi Diskus Intervertebralis ketika muncul nyeri pada kaki posterior.
- f. CT Scan : dapat menunjukkan kanal spinal yang mengecil, adanya potensi Discus Intervertebralis.
- g. MRI : pemeriksaan non inpasif yang dapat menunjukkan adanya perubahan tulang dan jaringan dan dapat memperkuat bukti adanya Herniasi Discus.

- h. Mielogram : mungkin normal atau memperlihatkan “penyempitan” dari ruang discus menentukan lokasi dan ukuran Herniasi secara spesifik.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. IDENTITAS KLIEN

(nama, umur, jenis kelamin, no registrasi , diagnosa medis, suku bangsa, alamat, pendidikan, pekerjaan , agama)

b. RIWAYAT KEPERAWATAN

1) Keluhan Utama : Nyeri punggung

2) Riwayat penyakit sekarang

Pasien kemarin datang ke RSUD dengan keluhan nyeri pada daerah punggung bagian bawah sampai menjalar ke paha.

P :Trauma (Mengangkat dan mendorong benda berat)

Q :Nyeri seperti ditusuk-tusuk, sifatnya menetap

R :Nyeri pada bagian punggung bawah sampai menjalar ke paha

S : 6

T :nyeri hebat ketika melakukan aktifitas dan nyeri sedikit berkurang saat istirahat

3) Upaya yang telah dilakukan

(beli obat penghilang nyeri)

4) Terapi atau operasi yang pernah dilakukan : -

5) Riwayat penyakit dahulu

(Pasien dulu pernah jatuh dengan posisi duduk)

Kebiasaan berobat : beli obat diwarung

Alergi : -

6) Riwayat kesehatan keluarga

(Keluarga pasien belum tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien).

7) Riwayat kesehatan lingkungan

(Lingkungan tempat tinggal pasien cukup terjaga kebersihannya).

c. PEMERIKSAAN FISIK

1) Tanda-tanda Vital :

S : 36°C

N : 80 x/mnt

TD : 120/80 mmHg

RR : 20 x/mnt

BB : 65 Kg

2) PEMERIKSAAN PER-SISTEM

a) Sistem Kardiovaskuler

(1) Wajah

Inspeksi : sembab(-), pucat(-), oedem periorbital(-), sianosis(-), pembuluh darah mata pecah(-), konjungtiva tidak pucat.

(2) Leher

Inspeksi : bendungan vena jugularis (-)

Palpasi : arteri carotis komunis (frekuensi : normal, kekuatan: normal, irama : normal).

(3) Dada

Inspeksi : kesimetrisan dada (+)

Palpasi : letak ictus cordis (normal)

Perkusi : batas jantung (normal)

Auskultasi : Bunyi Jantung S1 dan S2 normal, tidak ada kelainan pada bunyi jantung.

b) Sistem Pernafasan

(1) Hidung

Inspeksi : Nafas cuping hidung(-), Secret / ingus(-), epistaksis(-), polip(-), warna mukosa(-), oedem pada mukosa(-), kebersihan bersih, intak septumnasi(-), deformitas(-), naso faringeal tube(-); pemberian O2: nasal, masker(-).

Palpasi : nyeri tekan(-), tidak ada fraktur tulang nasal

(2) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir (sianosis (-)), Alat bantu nafas ETT(-), oro faringeal tube(-).

(3) Dada

Inspeksi : penggunaan otot bantu pernapasan (-)

Perkusi : normal

Palpasi : nyeri tekan (-), odema (-)

Auskultasi : normal

c) Sistem Pencernaan

Anamnesa : Gangguan defekasi (konstipasi)

(1) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir normal, labio/palatoschizis

(-), gigi normal, Gusi (berdarah(-), lesi/bengkak(-), edema(-)),

Produksi saliva normal, pembesaran kelenjar parotis(-).

(2) Faring – Esofagus

Inspeksi : hiperemi(-), warna dan bentuk palatum normal,
Tonsil (bentuk, warna dan ukuran) normal.

Palpasi : pembesaran kelenjar(-)

(3) Abdomen

Inspeksi : pembesaran abnormal (-)

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kuadran I :

Hepar hepatomegali(-), nyeri tekan(-), shifting dullness(-)

Kuadran II :

Gaster nyeri tekan abdomen(-), distensi abdomen(-)

Lien splenomegali(-)

Kuadran III :

Massa (skibala, tumor)(-), nyeri tekan(-)

Kuadran IV :

Nyeri tekan pada titik Mc Burney(-)

Perkusi : batas – batas hati (tidak ada pembengkakan pada
KW1)

Auskultasi : bising usus (-), borborygmi (-), hiperperistaltik (-
,hipoaktif(-)

d) Sistem Perkemihan

Anamnesa : inkontinensia urin (ketidakmampuan seseorang untuk
menahan urin yang keluar dari buli-buli baik disadari maupun tidak
disadari).

Laki-Laki :

Penis

Inspeksi : Mikropenis(-), makropenis(-), hipospadia(-), epispedia(-
, stenosis meatus uretra eksterna(-), fistel uretrocutan(-), ulkus(-),
tumor penis(-), warna kemerahan(-), kebersihan(+), adanya luka
atau trauma(-).

Palpasi : nyeri tekan(-)

Scrotum

Inspeksi :pembesaran(-),transiluminasi penerawangan(-), luka
/trauma(-), tanda infeksi(-), kebersihan(+).

Palpasi : nyeri tekan(-), penurunan testis(-)

Kandung kemih

Inspeksi : tidak adanya massa/ benjolan, pembesaran kandung kemih dan ketegangannya(-).

Palpasi : adanya nyeri tekan(-), teraba massa(-)

Ginjal

Inspeksi : pembesaran daerah pinggang (karena hidronefrosis atau tumor di daerah retroperitoneum)(-).

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan abdomen kuadran I dan II diatas umbilikus, suhu kulit normal, massa(-).

Perkusi : nyeri ketok(-)

e) Sistem Muskuluskeletal & Integumen

Anamnese : Adanya nyeri di punggung bawah, kelemahan kedua ekstremitas bawah.

Warna kulit

Hiperpigmentasi(-), hipopigmentasi (-), icterus (-), kering(-), mengelupas(-), bersisik (di sela-sela jari kaki/tangan)(-).

Kekuatan otot :

Fraktur : (-)

Luka : (-)

Lesi : (-)

f) Sistem Endokrin dan Eksokrin

Kepala

Inspeksi : distribusi rambut normal, ketebalan (-), kerontokan(hirsutisme)(-) alopesia (botak)(-), moon face(-).

Leher

Inspeksi : bentuk normal, pembesaran kelenjar thyroid(-), perubahan warna(-)

Palpasi : pembesaran kelenjar (thyroid, parathyroid) (-), nyeri tekan(-), suhu(+)

Genetalia

Inspeksi : Rambut pubis (distribusi, ketebalan, kerontokan)normal, kebersihan bersih.

Palpasi : tidak ada benjolan

g) Sistem Neurologi

Pemeriksaan Nervus 1-12 :

(1) Nervus 1 Olfaktorius :

Normal : klien mampu membedakan aroma (normosmi).

- (2) Nervus 2 Optikus :
Tajam Penglihatan : normal
Lapang penglihatan : normal
- (3) Nervus 3 Oculomotorius : Normal
- (4) Nervus 4 Toklearis : Normal
- (5) Nervus 5 Trigeminus : Normal
- (6) Nervus 6 Abdusen : Normal
- (7) Nervus 7 Facialis : Normal
- (8) Nervus 8 Auditorius/ Akustikus :
Pendengaran : Normal
Keseimbangan : Normal

- (9) Nervus 9 Glosoparingeal : Normal
- (10) Nervus 10 Vagus: Normal
- (11) Nervus 11 Aksesorius : Normal
- (12) Nervus 12 Hipoglosal/ Hipoglosum : Normal
- (13) Reflek Patela : kanan (+), kiri (+)
- (14) Reflek Archiles: kanan (+), kiri (+)

h) Tingkat kesadaran (kualitas) : *Compos Mentis* : sadar sepenuhnya, dapat menjawab pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.

i) Tingkat kesadaran (kuantitas) : E (4), V (5), M (6)

j) **Sistem Persepsi Sensori**

Mata

Inspeksi : Kesimetrisan mata(+), bentuk mata(+), lesi Papelbra (ukuran, bentuk, warna, cairan yang keluar) normal, Bulu mata (penyebaran, posisi masuk : Enteropion, keluar :ksteropion) normal, produksi air mata normal, Kornea : Normal berkilau, transparan, Iris dan pupil : warna iris dan ukuran normal, Lensa : Normal jernih dan transparan, Sclera : warna (putih).

Palpasi : Teraba lunak, tidak nyeri, palpasi kantong lakrimal(-), pemeriksaan TIO(-).

Hidung

Palpasi : Sinus (maksilaris, frontalis, etmoidalis, sfenoidalis) normal, Palpasi fossa kanina (tidak nyeri), Pembengkakan (-), Deformitas(-).

Perkusi : pada regio frontalis sinus frontalis dan fossa kanina kita lakukan apabila palpasi pada keduanya menimbulkan reaksi hebat (-).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b/d agen injuri fisik
- b. Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskulair, ketidaknyamanan.
- c. Kurang pengetahuan penyakit dan perawatannya b/d kurang paparan terhadap informasi, terbatasnya kognitif
- d. Sindrom defisit self care b/d kelemahan, nyeri, gangguan musculoskeletal
- e. Cemas b/d krisis situasional

3. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut b/d agen injuri fisik	<p>Setelah dilakukan askep jam tingkat kenyamanan klien meningkat, tingkat nyeri terkontrol dg KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien melaporkan nyeri berkurang dg skala 2-3 b. Ekspresi wajah tenang c. Klien dapat istirahat dan tidur d. Tanda – tanda vital dalam batas normal 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien sebelumnya. 4. Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri. 6. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis/non farmakologis). 7. Ajarkan teknik non

			<p>farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk mengetasi nyeri..</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 9. Evaluasi tindakan pengurang nyeri/kontrol nyeri. 10. Kolaborasi dengan dokter bila ada komplain tentang pemberian analgetik tidak berhasil. <p>Administrasi analgetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek program pemberian analgetik; jenis, dosis, dan frekuensi. 2. Cek riwayat alergi. 3. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal. 4. Monitor TV 5. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri muncul. <p>Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala efek samping.</p>
2	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskulair, ketidaknyamanan	<p>Setelah dilakukan askep ... jam terjadi</p> <p>peningkatan Ambulasi</p> <p>:Tingkat mobilisasi, Perawatan diri Dg KH :</p> <p>a. . Peningkatan aktivitas fisik</p>	<p>Terapi ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan pasien dalam melakukan ambulasi 2. Kolaborasi dg fisioterapi untuk perencanaan ambulasi 3. Latih pasien ROM pasif-aktif sesuai kemampuan 4. Ajarkan pasien berpindah tempat secara bertahap 5. Evaluasi pasien dalam kemampuan ambulasi

			<p>Pendidikan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi pada pasien dan keluarga pentingnya ambulasi dini 2. Edukasi pada pasien dan keluarga tahap ambulasi 3. Berikan reinforcement positif atas usaha yang dilakukan pasien.
3	<p>Kurang pengetahuan tentang penyakit, perawatan dan pengobatannya b/d kurang paparan informasi, terbatasnya kognitif</p>	<p>Setelah dilakukan askep jam pengetahuan klien dan keluarga meningkat dg KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui penyakitnya b. Mampu menjelaskan kembali penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara pencegahannya c. Klien dan keluarga kooperatif saat dilakukan tindakan 	<p>Pendidikan kesehatan : proses penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan klien. 2. Jelaskan proses terjadinya penyakit, tanda gejala serta komplikasi yang mungkin terjadi 3. Berikan informasi pada keluarga tentang perkembangan klien. 4. Berikan informasi pada klien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan. 5. Diskusikan pilihan terapi 6. Berikan penjelasan tentang pentingnya ambulasi dini 7. Jelaskan komplikasi kronik yang mungkin akan muncul
4	<p>Sindrom defisit self care b/d kelemahan, nyeri, gg neuromuskulair</p>	<p>Setelah dilakukan askep ... jam kebutuhan ADLs terpenuhi dg KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari. 	<p>Bantuan perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan pasien terhadap perawatan diri 2. Monitor kebutuhan akan personal hygiene, berpakaian, toileting dan

		<p>b. Kebersihan diri pasien terpenuhi</p>	<p>makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Beri bantuan sampai pasien mempunyai kemampuan untuk merawat diri 4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya. 5. Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya 6. Pertahankan aktivitas perawatan diri secara rutin
5	<p>Cemas b/d krisis situasional : tindakan operasinya</p>	<p>Setelah dilakukan askep jam klien dapat mengontrol cemas dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. secara verbal dapat mendemonstrasikan teknik menurunkan cemas. b. Mencari informasi yang dapat menurunkan cemas c. Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas d. Menerima status kesehatan. 	<p>Penurunan kecemasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan klien / keluarga 2. Kaji tingka kecemasan klien. 3. Tenangkan klien dan dengarkan keluhan klien dengan atensi 4. Jelaskan semua prosedur tindakan kepada klien setiap akan melakukan tindakan 5. Dampongi klien dan ajak berkomunikasi terapeutik 6. Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya 7. Ajarkan teknik relaksasi 8. Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas.

BAB III KASUS

A. “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT PADA PASIEN DENGAN HERNIA NUKLEUS SERVIKAL DI RUANG ANGGREK RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA 2016 “.

I. Identitas diri klien

Nama	: Bapak.J	Suku	: Batak
Umur	: 52 tahun	Pendidikan	: SLTA
Jenis kelamin	: Laki- Laki	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Berau, Desa Swaran	Lama bekerja	: 3 Tahun
Agama	: Kristen		
Status Perkawinan	: Menikah		
Tgl masuk RS	: 11-11-2016		
Tgl Pengkajian	: 14-11-2016		
Sumber Informasi	: Klien, Keluarga, Rekam Medik & Perawat Ruangan		

II. Riwayat Penyakit

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit :

Klien mengatakan nyeri pada daerah punggung dan leher sebelah kiri.

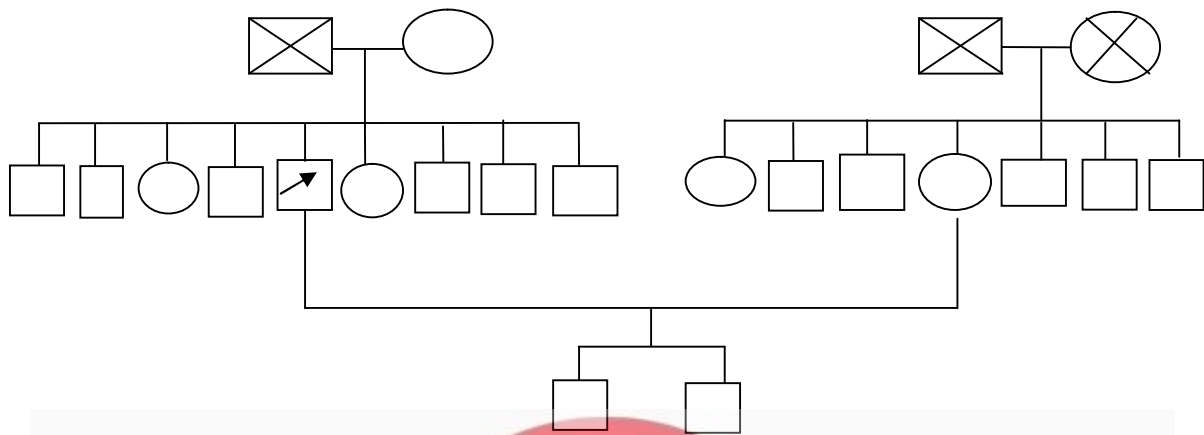
2. Riwayat penyakit sekarang :

Klien mengatakan pada tanggal 11-11-2016 klien ke poli syaraf dengan keluhan nyeri pada punggung dan leher sebelah kiri dengan skala nyeri 5-6 dan nyeri pada dada sebelah kiri tembus kebelakang seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 6-7 lalu Bapak.J disarankan untuk di rawat inap di ruangan anggrek pada tanggal 11-11-2016.

3. Riwayat penyakit dahulu :

Keluarga mengatakan klien belum pernah menderita penyakit apapun, hanya menderita batuk pilek biasa saja, tidak ada hubungannya dengan penyakit yang sekarang dan klien pernah dirawat di Rumah Sakit dan dioperasi hernia pada tahun 2013.

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien
-  : Meninggal

4. Diagnosa medik pada saat Masuk Rumah Sakit, pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan :

Diagnosa medik pada saat Masuk Rumah Sakit : Hernia Nukleus Pulposus servikal dan Ca Paru

Pemeriksaan Penunjang :

- MRI Servikal
- MSCT Kepala tanpa kontras
- MSCT Thorax dengan kontras
- Foto Thoraks
- Laboratorium

Tindakan yang telah dilakukan:

- Infus Ring As 20 TPM dengan drip Tramadol 1 Amp
- Injeksi Ranitidin 2x1, Metoclopramide 3x1
- Fisioterapi setiap hari Senin-Rabu-Jum'at

III. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama merawat klien)

1. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- Pengetahuan tentang penyakit / perawatan

Keluarga dan klien mengatakan mengetahui bahwa klien menderita Hernia Nukleus Puposus Servikal dan Ca Paru , Keluarga juga mengatakan akan selalu mendampingi klien selama perawatan yang masih bisa diberikan sampai memang waktunya untuk dipanggil oleh yang Maha Kuasa.

Klien terlihat koomperatif dengan orang-orang dan lingkungan sekitarnya.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Program diet RS :

Ahli gizi RSU AWS menganjurkan Diet NTKTP (Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein)

Intake makanan :

Sebelum Sakit : Klien makan 3x1 , dengan porsi habis dan dengan menu makanan nasi,lauk-pauk,sayur dan buah-buahan.

Selama Sakit : Klien makan 3x1, dengan porsi tidak habis klien makan 2-4 sendok saja / setengah porsi dari yang diberikan.

Intake cairan :

Sebelum sakit : Klien minum sekitar 1500-3000 cc / harinya

Selama Sakit : Klien minum sekitar 1000-1500 cc / harinya

3. Pola eliminasi

- a. Buang air besar

Sebelum sakit: Klien BAB 1x/harinya , dengan konsistensi lunak

Selama sakit : Klien BAB 3 hari 1x , dengan konsistensi lunak

- b. Buang air kecil

Sebelum sakit : Klien BAK 7-8x / harinya, warna urine kuning, bau khas

Selama sakit : Klien BAK 6-7x / harinya, warna urine kuning, bau khas

4. Pola aktivitas dan latihan :

Kemampuan merawat diri	0	1	2	3	4
Makan / minum	✓				
Mandi		✓			
Toileting	✓				
Mobilisasi di tempat tidur	✓				
Berpindah	✓				
Ambulasi / ROM	✓				
Berpakaian		✓			

0 : mandiri, 1 : alat bantu, 2 : dibantu org lain, 3 : dibantu org lain dan alat, 4 : Total

Oksigenasi : Klien tidak terpasang oksigen

5. Pola tidur dan istirahat

Tidur Siang : Klien tidur 1-2 jam / harinya, tidur klien nyenyak.

Selama sakit : Klien tidur 6-7 jam, tidur klien nyenyak namun kadang terangun apa bila nyeri klien kambuh.

6. Pola persepsual

Penglihatan

- Klien mengatakan penglihatan berkurang , klien memakai alat bantu kacamata apabila membaca Koran dan lain-lain.

Pendengaran

- Klien mengatakan pendengaran sudah mulai berkurang.

Pengecapan :

- Klien mengatakan masih bisa merasakan rasa asin, asam, manis dan pahit

Sensasi

- Klien mengatakan masi bisa merasa nyeri dan sakit apabila dirangsang dengan cubitan, namun saja tangan sebelah kiri klien kurang bisa merasa sakit apabila dirangsang dengan cubitan.

7. Pola persepsi diri

Keluarga klien mengatakan klien sudah tahu bahwa dirinya menderita penyakit Hernia Nukleus Pulposus Servikal dan CA Paru , Klien mengatakan cemas dengan keadaanya saat ini dan takut apabila penyakitnya tidak bisa disembukan , dan keluarga klien juga cemas dengan keadaan klien.

8. Pola seksualitas dan reproduksi

Tidak Dikaji.

9. Pola peran hubungan

- Peran :

Keluarga klien mengatakan peran klien adalah Kepala Keluarga dan Petani.

- Komunikasi:

Klien mengatakan komunikasi yang digunakan dalam keluarga adalah pola komunikasi terbuka

- Hubungan dengan orang lain:

Klien mengatakan hubungannya dengan orang lain, kerabat maupun keluarga baik-baik saja dan tidak ada hambatan dalam berhubungan.

- Kemampuan keuangan:

Klien mengatakan keuangan keluarga cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga

10. Pola manajemen coping-stres

(Perubahan terbesar dalam hidup pada akhir-akhir ini)

Klien mengatakan perubahan terbesar dalam hidup pada akhir-akhir ini yaitu semenjak dirawat di rumah sakit dan diberikan obat, tidur klien nyenyak sedangkan apabila sewaktu masih di rumah tidur klien tidak nyenyak dikarenakan sakit di punggung dan leher yang sakitnya seperti ditusuk-tusuk.

11. System nilai dan keyakinan

Klien beragama Kristen, Klien mengatakan selalu berdoa agar selalu diberikan kesembuhan dan kesabaran dalam menghadapi masalah-masalah yang di hadapi tentang penyakitnya.

IV. Pemeriksaan fisik

Keluhan yang dirasakan saat ini :

Klien mengatakan nyeri pada punggung dan leher dan klien mengatakan sangat cemas dengan keadaan dan penyakitnya sekarang.

Tanda-tanda vital Klien :

TD : 120/70 mmHg

RR : 24x/m

N : 80x/m

T : 36,7°C

BB/TB : 49kg / 160cm.

1. Kepala :

Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema pada kepala, tidak ada tanda-tanda cedera kepala, tidak ada nyeri tekan.

Rambut : Warna rambut hitam , distribusi merata

2. Mata dan telinga (pengeliatan dan pendengaran)

a. Penglihatan

Konjungtiva terlihat anemis, sklera tidak keruh tidak ikterik, klien menggunakan alat bantu/kacamata

b. Pendengaran

Daun telinga dan lubang telinga tampak bersih, namun tidak mengalami kelainan dan tidak terlihat benda asing pada lubang telinga. Fungsi pendengaran berkurang karena apabila dengan suara kecil klien tidak menoleh atau berespon terhadap suara.

3. Hidung :

Bentuk simetris, tidak terdapat lesi ataupun perubahan bentuk .Lubang hidung bersih tidak ada benda asing atau cairan yang keluar dari lubang hidung. Fungsi penciuman tidak terganggu .

4. Mulut/ gigi/ lidah :

Mukosa bibir lembab , tidak ada sariawan , gusi tidak berdarah, terdapat karies pada gigi, , dan kebersihan mulut bersih.

5. Leher :

Bentuk leher simetris, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tyriod dan kelenjar getah bening , ada nyeri tekan bagian leher sebelah kiri dan klien merasa nyeri pada leher dengan skala 5-6 .

6. Respiratori :

a. Dada :

Tidak ada benjolan pada dada, ketika bernafas terlihat asimetris sewaktu inspirasi dan ekspirasi , nyeri pada dada sebelah kiri tembus kebelakang dengan skala nyeri 6-7 Frekuensi napas : 24 kali per menit, teratur, irama pernapasan dangkal dan cepat.



Pada saat perkusi area paru terdengar sonor, dan pada area jantung terdengar pekak.

Pada saat auskultasi suara napas napas vesikuler.

Pada saat palpasi, turgor kulit elastis, kurang dari 2 detik.

Fremitus taktil kanan= kiri

7. Kardiovaskuler

HR : 80 kali per menit, irama reguler tidak ada murmur atau suara bising jantung. S1 dan S2 tunggal, kualitas jernih, tidak ada riwayat hipertensi, ada masalah riwayat jantung, tidak ada riwayat demam rematik .

8. Neurologis

Klien mengatakan tidak terasa pusing.

GCS : Eye = 4 Verbal = 5 Motorik = 6

pupil isokor,

reflek cahaya : berkedip

Sinistra : + Cepat

Dextra : + Cepat

Berbicara : Komunikatif

Keluhan lain : Klien mengatakan kadang kesemutan pada tangan sebelah kiri

Koordinasi motorik ekstremitas atas dan bawah

5	5
5	5

9. Abdomen

Tidak terdapat nyeri tekan , abdomen terasa lunak, bising usus 19 x/menit, tidak terdapat asites

Keluhan lain: Nyeri pada ulu hati

10. Musculoskeletal :

Tidak terdapat nyeri otot, kaku sendi dan fraktur. Pergerakan klien terbatas dengan

kekuatan	5	5
	5	5

11. Seksualitas :

Tidak Dikaji.

Rabas penis : Tidak

Gangguan prostat: Tidak

Sirkumsisi : Iyaa

Vasektomi : Tidak

V. Program Terapi :

Obat Injeksi	Obat Oral	Cairan Infus
Ranitidin 2x1	Codein 3x1 (30mg)	Asering Drip Santagesik 1 Amp
Metoclopramide 3x1	Metilprednisolone 3x1 (4mg)	
	Paracetamol 3x1(jikadiperlukan)	
	Omeprazole Tab 1x1	
	Sucralfad 3x2	
	Meloxicam 0-1-0 (15mg)	
	NAC 3x1	
	Gabapetin 0-0-1 (300mg)	

VI. Hasil pemeriksaan penunjang dan Laboratorium

Pemeriksaan tanggal	Hasil	Nilai Normal
16-11-2016		
Pemeriksaan Darah Lengkap		
Leukosit	9,42 10^3 /UL	5,0 - 10,0
Eritrosit	4,43 10^6 /UL	4,5 - 5,5
Hemoglobin	13,3 g/dl	13,0 – 16,0
Hematokrit	38,4 %	45 – 55
Kimia Klinik/Electrolite		
Ureum	22,9 mg/dl	8 – 25
Creatinin	0,7 mg/dl	
Natrium	139 mmol/L	135 – 145
Kalium	5,0 mmol/L	3,5 – 5,0
Chloride	94 mmol/L	94 - 111
Kimia Klinik		
HBsag	NON REAKTIF	

HIV	NON REAKTIF	
-----	-------------	--

Pemeriksaan Tanggal 17-11-2016	Hasil	Nilai Normal
Kimia Klinik		
Cholesterol	205 mg/dl	< 200
Trigliserida	128 mg/dl	< 200
HDL Cholesterol	36 mg/dl	> 36
LDL Cholesterol	143 mg/dl	< 160



B. Analisa Data

No	Data Penunjang	Kemungkinan Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada punggung dan leher seelah kiri , nyeri semakin hari semakin terasa berat. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis menahan nyeri - Nyeri seperti ditusuk- tusuk - Durasi 5-10 menit - Nyeri saat beraktivitas / bergerak 	Agen injury Fisik	Nyeri Akut
2	<p>Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan selama sakit tidak nafsu makan , klien hanya mampu menghaiskan setengah porsi saja.</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien lemes - BB sebelum sakit : 56 kg - BB saat sakit : 49 kg - IMT : 19,1 - TB : 160 cm 	Ketidakmampuan makan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3	<p>Data Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan cemas denggan keadaanya dan penyakitnya sekarang.</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien cemas dan gelisah - Keluarga cemas dengan keadan klien - Tanda-tanda Vital: TD:120/80 mmHg 	Krisis Situasional	Cemas

	Nadi :80/m RR : 24x/m Suhu: 36,7 C		
4	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengetahui bahwa klien harus kontrol dan meminum obat secara rutin - Keluarga klien paham mengatakan meskipun terlihat sehat, tetapi orang yang sedang sakit harus melanjutkan program kesehatan <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien cemas dengan keadaanya penyakitnya 		Kesiapan meningkatkan kesehatan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d Agen injury fisik.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan.
3. Cemas b/d Krisis situasional
4. Kesiapan meningkatkan kesehatan

D. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan/ masalah kalaborasi	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Nyeri Akut b/d Agen injury Fisik	<p>NOC :</p> <p>Pain Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x8 jam diharapkan Nyeri Pada Bapak.J dapat berkurang .</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC :</p> <p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 1.2 Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 1.3 Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi napas dalam) untuk mengurangi nyeri. 1.4 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 1.5 Tingkatkan istirahat.

No	Diagnosa keperawatan/ masalah kalaborasi	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan makan	<p>NOC :</p> <p>Nutritional Status: Food and Fluid Intake</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Bapak. J dapat teratasi .</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya peningkatan berat badan - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak terjadi penurunan berat badan 	<p>NIC :</p> <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien 2.3 Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 2.4 Monitor lingkungan selama makan 2.5 Monitor turgor kulit 2.6 Monitor adanya mual dan muntah

No	Diagnosa keperawatan/ masalah kalaborasi	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
3	Cemas b/d Krisis situasional	<p>NOC :</p> <p>Anxiety Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan Cemas pada Bapak. J dapat terkontrol .</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secara verbal dapat mendemonstrasikan tehnik menurunkan cemas - Mencari informasi yang dapat menurunkan cemas - Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas - Menerima status kesehatan 	<p>NIC:</p> <p>Anxiety Reduction</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Bina hubungan saling percaya dengan klien 3.2 Kaji tingkat kecemasan klien 3.3 Ajarkan teknik relaksasi 3.4 Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas 3.5 Berikan support sistem (perawat, keluarga)

No	Diagnosa keperawatan/ masalah kalaborasi	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
4	Kesiapan Meningkatkan Manajemen kesehatan b/d	<p>NOC :</p> <p>Penerimaan : Status Kesehatan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan Bapak. J dapat menerima status kesehatannya</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghilangkan konsep kesehatan personal sebelumnya - Menyesuaikan perubahan dalam status kesehatan - Menunjukkan kegembiraan - Mencari informasi tentang kesehatan - Mengatasi situasi kesehatan yang ada 	<p>NIC:</p> <p>Pengurangan Kecemasan</p> <p>4.1 Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan</p> <p>4.2 Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan</p> <p>4.3 Intruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi</p> <p>4.4 Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>4.5 Dukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai</p>

Catatan Perkembangan

Nama Klien : Bapak.J
Tahun

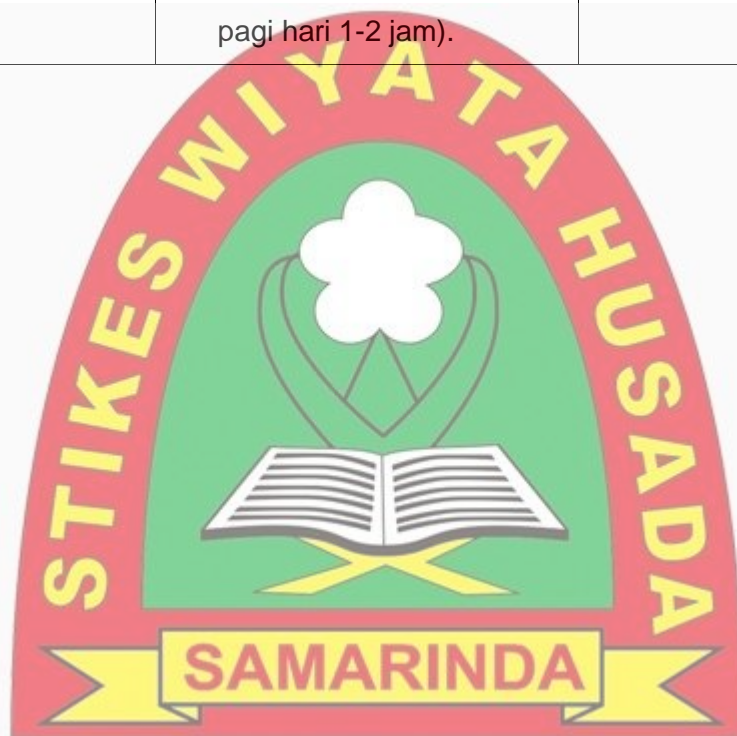
Umur : 52

No.RM : 92.17.86
Anggrek

Ruang :

Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen injury fisik</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>1.6 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.(Nyeri daerah leher dan punggung , Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Durasi nyeri 5-10 menit, Skala nyeri 6, Nyeri timbul apabila beraktivitas/bergerak).</p> <p>1.7 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan(Klien meringis menahan nyeri).</p> <p>1.8 Mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam(klien melakukan relaksasi napas dalam).</p> <p>1.9 Memberikan analgetik</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah leher dan punggung <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 - Durasi nyeri 5-7 menit - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Nyeri timbul saat beraktivitas/bergerak <p>- Klien meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan relaksasi napas dalam - Istirahat klien cukup - klien mendapatkan Obat Santagesik 1 amp yang di drip cairan asering 20 TPM <p>A :</p>

	<p>untuk mengurangi nyeri(klien mendapatkan Obat Santagesik 1 amp yang di drip cairan asering).</p> <p>1.10 Menganjurkan klien untuk istirahat (Klien tidur pada malam hari 6-7 jam dan pada pagi hari 1-2 jam).</p>	<p>- Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Pain Management dilanjutkan</p>
--	--	--



<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl. 09.00)</p> <p>2.1 Mengkaji adanya alergi makanan (Klien tidak ada alergi makanan).</p> <p>2.2 Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi(Klien mencoba makan sedikit tapi sering).</p> <p>2.3 Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan (Klien mendapatkan diit nasi tinggi kalori tinggi protein NTKTP).</p> <p>2.4 Memonitoring lingkungan klien selama makan(Lingkungan terlihat bersih).</p> <p>2.5 Memonitoring turgor kulit (Turgor kulit klien elastis).</p> <p>2.6 Memonitoring adanya mual muntah (klien mengatakan mual).</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selama sakit klien tidak nafsu makan - Kelurga mengatakan klien hanya menghabiskan setengah porsi saja - Klien mengatakan mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak ada alergi makanan - Klien mulai mencoba makan sedikit tapi sering - Klien mendapatkan diit NTKTP - Saat makan lingkungan klien bersih <p>Turgor kulit elastis</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition management dilanjutkan
--	--	--

<p>Cemas b.d krisis situasional</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>3.1 Membina hubungan saling percaya (Klien senang berkenalan dengan perawat).</p> <p>3.2 Mengkaji tingkat kecemasan klien (Skala cemas 27=Kecemasan sedang).</p> <p>3.3 Mengajarkan teknik reaksasi (klien melakukan relaksasi saat cemas).</p> <p>3.4 Membantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas (Klien mengatakan cemas dengan keadaannya sekarang dan klien takut apabila tidak bisa sembuh).</p> <p>3.5 Memberikan support sistem keluarga(Keluarga selalu mendampingi klien).</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menagatakan cemas dengan keadaannya sekarang dank lien cemas apabila tidak bisa sembuh <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien senang berkenalan dengan perawat - Klien melakukan relaksasi saat cemas - Skala cemas 25 (kecemasan sedang) - Teluarga selalu mendampingi klien <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah cemas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety Reduction dilanjutkan
<p>Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>4.1 Menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan (klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang)</p>	<p>Tanggal 16/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan yang memicu kecemasannya saat klien merasakan nyeri

	<p>4.2 Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan (secara verbal klien mengatakan cemas dengan kesehatannya sekarang, Klien gelisah dan cemas)</p>	<p>yang mengganggu aktivitasnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha menenangkan dirinya dan selalu
	<p>4.3 Mengintruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi (klien menggunakan relaksasi napas dalam)</p> <p>4.4 Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan (klien mengatakan yang memicu kecemasannya saat klien merasakan nyeri yang mengganggu aktivitasnya)</p> <p>4.5 Mendukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai (mekanisme koping / pertahanan ego yang dilakukan klien yaitu intelektualisasi dimana klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha menenangkan</p>	<p>menekankan apa yang menyimpannya merupakan ujian dari tuhan untuk nya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menggunakan relaksasi napas dalam saat cemas - Klien cemas dan gelisah - Klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan belum teratasi
		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengurangan Kecemasan dilanjutkan

	dirinya dan selalu menekankan apa yang menyimpannya merupakan ujian dari tuhan untuknya)	
--	--	--

Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan Agen injury fisik	Tanggal 17/11/2016 (Pkl.09.00) 1.1 Melakukan pengkajian	Tanggal 17/11/2016 (Pkl. 12.00) S :
	nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. (Nyeri daerah leher dan punggung , Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Durasi nyeri 5-10 menit, Skala nyeri 5-6, Nyeri timbul apabila	- Klien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah leher dan punggung O : - Skala nyeri 5 - Durasi nyeri 5-8 menit - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Nyeri saat bergerak

	<p>beraktivitas/bergerak).</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (Klien tmeringis menahan nyeri danb klien berhati-hati saat bergerak).</p> <p>1.3 Mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam (klien mampu melakukan relaksasi napas dalam saat nyeri).</p> <p>1.4 Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri (klien mendapatkan Obat Santagesik 1 amp yang di drip cairan asering).</p> <p>1.5 Menganjurkan klien untuk istirahat (Klien tidur pada malam hari 6-7 jam dan pada pagi hari 1-2 jam).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis menahan nyeri - Klien berhati-hati saat bergerak - Klien melakukan relaksasi napas dalam saat nyeri - Klien mendapatkan obat santagesik 1amp drip asering20 TPM <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain Management dilanjutkan
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl. 09.00)</p> <p>2.1 Mengkaji adanya alergi makanan (Klien tidak ada alergi makanan).</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih belum ada nafsu makan dan

	<p>2.2 Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi (Klien mencoba makan sedikit tapi sering).</p> <p>2.3 Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan (Klien mendapatkan diit nasi tinggi kalori tinggi protein NTKTP).</p> <p>2.4 Memonitoring lingkungan klien selama makan (Lingkungan terlihat bersih).</p> <p>2.5 Memonitoring turgor kulit (Turgor kulit klien elastis).</p> <p>2.6 Memonitoring adanya mual muntah (klien mengatakan mual).</p>	<p>klien hanya mampu menghabiskan setengah porsi saja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak ada alergi makanan - Klien mencoba makan sedikit tapi sering - Klien mendapatkan diit NTKTP - Saat makan lingkungan klien terlihat bersih <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition management dilanjutkan
--	--	---

<p>Cemas b.d krisis situasional</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>3.1 Membina hubungan saling percaya (Klien senang berkenalan dengan perawat).</p> <p>3.2 Mengkaji tingkat kecemasan klien (Skala cemas 27=Kecemasan sedang).</p> <p>3.3 Mengajarkan teknik reaksasi (klien melakukan relaksasi saat cemas).</p> <p>3.4 Membantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas (Klien mengatakan cemas dengan keadaanya sekarang dank lien takut apabila tidak bisa sembuh).</p> <p>3.5 Memberikan support sistem keluarga (Keluarga selalu mendampingi klien).</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan cemas dengan keadaanya sekarang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala cemas 26 =kecemasan sedang - Klien mampu melakukan relaksasi saat cemas - Keluarga klien selalu mendampingi klien <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah cemas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety Reduction dilanjutkan
<p>Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>4.1 Menggunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan (klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang)</p>	<p>Tanggal 17/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan yang memicu kecemasannya apabila saat klien

	<p>4.2 Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan (secara verbal klien mengatakan cemas dengan kesehatannya sekarang, Klien gelisah dan cemas)</p> <p>4.3 Mengintruksikan klien untuk menggunakan teknik relaksasi (klien menggunakan relaksasi napas dalam)</p> <p>4.4 Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan (klien mengatakan yang memicu kecemasaannya saat klien merasakan nyeri yang mengganggu aktivitasnya)</p> <p>4.5 Mendukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai (mekanisme koping /</p>	<p>merasakan nyeri yang mengganggu aktivitasnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha menenangkan dirinya dan selalu menekankan apa yang menyimpannya merupakan ujian dari tuhan untuk nya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menggunakan relaksasi napas dalam saat cemas - Klien cemas - Klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang
	<p>pertahanan ego yang dilakukan klien yaitu intelektualisasi dimana klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha menenangkan dirinya dan selalu menekankan apa yang</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengurangan Kecemasan dilanjutkan

	menimpanya merupakan ujian dari tuhan untuk nya)	
--	--	--

Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut berhubungan dengan Agen injury fisik	Tanggal 18/11/2016 (Pkl.09.00) 1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif	Tanggal 18/11/2016 (Pkl. 12.00) S : - Klien mengatakan
	termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.(Nyeri daerah leher dan punggung , Nyeri seperti ditusuk-tusuk, Durasi nyeri 5-10 menit, Skala nyeri 5-6, Nyeri timbul apabila beraktivitas/bergerak).	masih nyeri daerah leher dan punggungnya O : - Klien meringis menahan nyeri - Skala nyeri 5 - Durasi nyeri 5-10 - Nyeri timbul saat bergerak

	<p>1.2 Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan (Klien meringis menahan nyeri).</p> <p>1.3 Mengajarkan tehnik relaksasi napas dalam (klien melakukan relaksasi napas dalam).</p> <p>1.4 Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri (klien mendapatkan Obat Santagesik 1 amp yang di drip cairan asering) .</p> <p>1.5 Menganjurkan klien untuk istirahat (Klien tidur pada malam hari 6-7 jam dan pada pagi hari 1-2 jam).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien berhati-hati saat bergerak - Klien mampu melakukan relaksasi napas dalam saat nyeri - Klien mendapatkan obat santagesik 1 amp drip asering 20 TPM <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain Management dilanjutkan
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d</p>	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl. 09.00)</p> <p>2.1 Mengkaji adanya alergi makanan (Klien tidak ada alergi makanan).</p> <p>2.2 Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi (Klien mencoba makan sedikit tapi sering).</p> <p>2.3 Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang</p>	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih belum nafsu makan - Klien mengatakan mual <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada alergi makanan - Klien makan sedikit tapi sering - Klien mendapatkan

	<p>dibutuhkan (Klien mendapatkan diit nasi tinggi kalori tinggi protein NTKTP).</p> <p>2.4 Memonitoring lingkungan klien selama makan (Lingkungan terlihat bersih).</p> <p>2.5 Memonitoring turgor kulit (Turgor kulit klien elastis).</p> <p>2.6 Memonitoring adanya mual muntah (klien mengatakan mual).</p>	<p>diit NTKTP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat makan lingkungan klien terlihat bersih - Turgor kulit elastis <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition management dilanjutkan
Cemas b.d krisis situasional	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>3.1 Membina hubungan saling percaya (Klien senang berkenalan dengan perawat).</p> <p>3.2 Mengkaji tingkat kecemasan klien (Skala cemas 27=Kecemasan sedang).</p> <p>3.3 Mengajarkan teknik reaksi (klien melakukan relaksasi saat cemas).</p> <p>3.4 Membantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuat cemas (Klien mengatakan cemas</p>	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa cemas dengan keadaannya dan penyakitnya saat ini <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala cemas 26 =kecemasan sedang - Klien mampu melakukan relaksasi saat cemas - Keluarga klien memberi support dan selalu mendampingi klien

	<p>dengan keadaanya sekarang dan Klien takut apabila tidak bisa sembuh).</p> <p>3.5 Memberikan support sistem keluarga (Keluarga selalu mendampingi klien).</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah cemas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety Reduction dilanjutkan
<p>Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</p>	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl.09.00)</p> <p>4.1 Menggunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan (klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang)</p> <p>4.2 Mengkaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan (secara verbal klien mengatakan cemas dengan kesehatannya sekarang, Klien gelisah dan cemas)</p> <p>4.3 Mengintruksikan klien</p>	<p>Tanggal 18/11/2016 (Pkl. 12.00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan yang memicu kecemasannya apabila saat klien merasakan nyeri yang mengganggu aktivitasnya - klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menggunakan relaksasi napas dalam saat cemas
	<p>untuk menggunakan teknik relaksasi (klien menggunakan relaksasi napas dalam)</p> <p>4.4 Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan (klien mengatakan yang memicu kecemasannya saat klien merasakan nyeri</p>	<p>menenangkan dirinya dan selalu menekankan apa yang menyimpannya merupakan ujian dari tuhan untuk nya</p>

	<p>yang mengganggu aktivitasnya)</p> <p>4.5 Mendukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai (mekanisme koping / pertahanan ego yang dilakukan klien yaitu intelektualisasi dimana klien mengatakan tidak ingin berlarut-larut dalam kesedihannya dan berusaha menenangkan dirinya dan selalu menekankan apa yang menyimpannya merupakan ujian dari tuhan untuk nya)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien cemas - Klien yakin berbincang dengan perawat dan klien tenang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengurangan Kecemasan dilanjutkan
--	---	---



BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

1. Profil dan Sejarah RSUD Abdul Wahab Sjahranie

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dibangun tahun 1933, kepunyaan Kerajaan Kutai (*Landschap* = Kerajaan, sehingga diberi nama *Landschap Hospital*) terletak di Juliana atau Emma Straat (sekarang jalan Gurami). Sesuai dengan tuntutan perkembangan kebutuhan RSU dipindahkan dari Selili ke jalan Dr. Soetomo pada tanggal 12 November 1977, yang tahap pertama dimulai dengan pemindahan poliklinik (rawat jalan) lebih dahulu. Setelah 7 tahun kemudian tepatnya 21 Juli 1984, keseluruhan pelayanan RSU dipindahkan ke jalan Dr. Soetomo, dan tanggal 22 Februari 1986 diresmikan sebagai Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjachranie.

2. Motto, Visi, Misi, Tujuan dan Peran

Adapun motto, visi, misi, tujuan dan peran dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu

a. Motto:

Bersih, Aman, Kualitas, Tertib dan Informatif

b. Visi :

Visi adalah rumusan umum mengenai keadaan yang diinginkan pada akhir periode perencanaan, yang mencerminkan harapan yang ingin dicapai dilandasi oleh kondisi dan potensi serta prediksi tantangan dan peluang pada masa yang akan datang. Berdasarkan makna tersebut dan sesuai dengan Visi Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2013-2018, maka Visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2013 – 2018 adalah **“Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional Pada Tahun 2018”**. Diharapkan dengan terumuskannya visi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tersebut, maka dapat menjadi motivasi seluruh elemen rumah sakit untuk mewujudkannya, melalui peningkatan kinerja sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

c. Misi :

Misi adalah rumusan umum mengenai upaya-upaya yang akan dilaksanakan dan diwujudkan agar tujuan dapat terlaksana dan berhasil dengan baik sesuai dengan visi yang telah ditetapkan. Berdasarkan Tugas Pokok dan Fungsi serta dilandasi oleh visi.Misi memberikan arah maupun batasan tentang hal atau tindakan yang boleh dilakukan, secara *eksplisit*, atau yang tidak boleh dilakukan secara *implisit* oleh suatu organisasi. Misi menjelaskan cara-cara organisasi untuk mencapai visi dan bagaimana cara melakukannya. Perumusan misi organisasi harus memperhatikan dan menampung masukan dari pihak-pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) dan memberikan peluang untuk perubahan sesuai dengan tuntutan perubahan lingkungan.Untuk mencapai visi tersebut, maka misi RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda Tahun 2013 – 2018, yaitu:

- 1) Meningkatkan Akses dan Kualitas Pelayanan Berstandar Internasional.
- 2) Mengembangkan RS sebagai Pusat Penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan .

d. Tujuan:

- 1) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pengolahan sumber daya di rumah sakit
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis di rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat secara professional
- 4) Meningkatkan kesejahteraan karyawan dan
- 5) Meningkatkan disiplin dan tata tertib pelaksanaan rumah sakit

e. Peran

- 1) Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
- 2) Sebagai rujukan puncak rumah sakit lain di Propinsi Kalimantan Timur
- 3) Pembinaan manajemen dan fungsional rumah sakit se Kalimantan timur
- 4) Sebagai pusat kegiatan penelitian dan pengembangan serta pendidikan dan pelatihan

3. Fasilitas RSUD Abdul Wahab Sjahrane

Sebagai rumah sakit yang baik dan demi tercapainya pelayanan yang optimal, maka RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda dilengkapi berbagai fasilitas yaitu fasilitas air bersih, fasilitas listrik, fasilitas gas, fasilitas telekomunikasi dan fasilitas pengolahan air limbah.

4. Program Unggulan, Sikap dan Jenis pelayanan

Program unggulan, sikap dan jenis pelayanan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda meliputi:

- a. Program Unggulan: pelayanan jantung, revolving fund system, subsidi silang, mother and baby friend hospital dan bisnis strategi
- b. Sikap: Senyum, Sapa, Salam dan Ucapan terima kasih
- c. Jenis pelayanan meliputi 34 macam pelayanan yaitu: poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, poli anak, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli bedah saraf, poli bedah urologi, poli saraf, poli penyakit kulit dan kelamin, poli paru, poli THT, poli mata, poli jantung, poli gigi dan mulut, poli keluarga berencana, poli gizi, poli laktasi, poli khusus karyawan, rehabilitasi medik, instalasi gawat darurat, radiologi: USG C-T Scan, hyperthermia, MRI, angiografi, patologi klinik, patologi anatomi, hemodialisa, instalasi kedokteran, kehakiman, instalasi farmasi, rujukan spesialis ke rumah sakit tipe C, D, puskesmas, layanan paviliun teratai, ambulance 118 emergency dan layanan kesehatan diluar rumah sakit.

5. Jenis Bangunan RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Jenis bangunan yang ada di RSUD Abdul Wahab Sjahranie meliputi gedung: Administrasi, Poliklinik, Radiologi, OK Sentral, OK IGD, Laundry, Gizi dan Farmasi, IPSRS, Hemodialisa, Fisioterapi, Paviliun Teratai 1,2,3,4, Paviliun Sakura, Laboratorium, Perawatan (Mawar, Cempaka, Anggrek, Melati, Flamboyan, Seruni, Angsoka dan Dahlia), PICU/NICU, ICU dan ICCU, unit stroke, Bogenvile, Edelwies .

B. Analisis Masalah

Masalah keperawatan yang terjadi pada klien pada saat pengkajian yaitu nyeri akut berhubungan dengan agent cedera biologis Kondisi yang dirasakan oleh klien yaitu nyeri punggung bawah yang diperberat dengan posisi duduk dan nyeri menjalar hingga ekstremitas bawah.

Hal ini juga didukung oleh teori Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis seperti udara, air dan makanan. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan psikologis. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, hubungan cinta. Tingkat

keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan, dan nilai diri. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan (Potter & Perry, 2009).

Kenyamanan adalah bagian dari kebutuhan fisiologis. Kenyamanan dan keamanan fisik diperlukan untuk proses kehidupan. Nyeri akut yang berlangsung lama akan menyebabkan nyeri yang tidak ada hentinya atau adanya episode nyeri yang lebih berat secara intermitten, nyeri yang menjalar ke kaki, bokong (lumbal) atau bahu/lengan, kaku pada leher (servikal). (Marillyn E. Doenges, 2001).

C. Analisis Masalah Keperawatan **Satu Intervensi** dengan Konsep penelitian **Terkait Analisis (Pemberian Relaksasi Nafas Dalam pada Klien Nyeri)**.

Masalah keperawatan yang terjadi pada klien pada saat pengkajian yaitu nyeri, Rasa nyeri merupakan stresor yang dapat menimbulkan stress dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, denyut nadi, pernafasan, suhu badan, sikap badan, dan apabila nafas makin berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat mengurangi sistem imun dalam peradangan, serta menghambat penyembuhan respon yang lebih parah akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri (Corwin, 2001).

Pemberian analgesik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa (Sjamsu hidajat, 2005). Perawat berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan pasien dan membantu serta menolong pasien dalam memenuhi kebutuhan tersebut termasuk dalam manajemen nyeri (Lawrence, 2002).

Salah satu Intervensi yang telah dilakukan ke pasien kelolaan dan akan penulis analisis adalah **Relaksasi Nafas Dalam**. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi. Menurut (Brunner & Suddart, 2001) beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2005). Menurut Carpenito (2000) kebutuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan yang

membuat seseorang merasa nyaman, terlindungi dari ancaman psikologis, bebas dari rasa sakit terutama nyeri.

Teknik relaksasi nafas dalam bertujuan membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi atas fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi meningkatkan memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional. Jadi, teknik relaksasi nafas dalam diharapkan dapat membantu mengatasi stres, mencegah penyakit dan meringankan rasa sakit (Djohan 2006).

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang dilakukan untuk menekan nyeri pada thalamus yang diantarkan ke korteks cerebri dimana korteks cerebri sebagai pusat nyeri, yang bertujuan agar pasien dapat mengurangi nyeri selama nyeri timbul. Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan saat relaksasi adalah pasien harus dalam keadaan nyaman, pikiran pasien harus tenang dan lingkungan yang tenang. Suasana yang rileks dapat meningkatkan hormon endorfin yang berfungsi menghambat transmisi impuls nyeri sepanjang saraf sensoris dari nosiseptor saraf perifer ke kornu dorsalis kemudian ke thalamus, serebri, dan akhirnya berdampak pada menurunnya persepsi nyeri (Brunner & Suddart, 2001).

Secara klinik apabila pasien dalam keadaan rileks akan menyebabkan meningkatnya kadar serotonin yang merupakan salah satu neurotransmitter yang diproduksi oleh nucleus rafe magnus dan lokus seruleus, serta berperan dalam system analgetik otak. Serotonin menyebabkan neuron-neuron local medulla spinalis mensekresi enkefalin, karena enkefalin dianggap dapat menimbulkan hambatan presinaptik dan postsinaptik pada serabut-serabut nyeri tipe C sehingga sistem analgetika ini dapat memblokir sinyal nyeri pada dan A tempat masuknya ke medulla spinalis dan memiliki andil dalam memodulasi nyeri pada susunan saraf pusat (Guyton, 2005).

Adapun intensitas nyeri selain di pengaruhi oleh penggunaan terapi, juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: lingkungan, kelelahan, ansietas, budaya, dukungan orang lain dan riwayat sebelumnya (Priharjo, 2000).

Ni Made Widsatra (2009) melakukan sebuah penelitian tentang Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi nyeri pasca Operasi, relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dengan cara merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

Menurut penelitian Yunuzul Demo Satriya tehnik relaksasi nafas dalam pasca operasi dapat menurunkan intensitas skala nyeri di karnakan dengan tehnik relaksasi nafas dalam dapat merelaksasikan tegangan otot yang mendukung rasa nyeri, sehingga rasa nyeri bisa berkurang. Selain itu faktor yang mendukung keberhasilan tehnik relaksasi nafas dalam guna untuk menurunkan intensitas nyeri adalah tahapan relaksasi nafas dalam yang baik, dan benar tingkat konsentrasi individu dan lingkungan yang nyaman

Hal ini di dukung Penelitian yang dilakukan oleh Ardinata (2007), menjelaskan bahwa kualitas nyeri yang dirasakan berkaitan dengan bagaimana nyeri itu sebenarnya dirasakan individu. Kualitas nyeri sering kali digambarkan dengan berdenyut, menyebar, menusuk, terbakar, dan gatal.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk nyeri akut adalah dengan menggunakan beberapa teknik lainnya, seperti *guidedimagery*. *Guided imagery* merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayati, 2010).

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk nyeri akut adalah dengan menggunakan beberapa teknik lainnya, seperti *Massase*. *Massase* didefinisikan sebagai tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2006 Dikutip dari Yunita, 2010).

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk nyeri akut adalah dengan menggunakan beberapa teknik lainnya, seperti *Hipnoterapi*, hipnoterapi merupakan salah satu cara untuk mengurangi rasa nyeri selain penggunaan obat analgesik. Corwin (2001) menyatakan manfaat dari hipnoterapi adalah dapat mengurangi nyeri, meningkatkan penyembuhan luka dan tulang, mengurangi nyeri kepala, dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, alergi dan asma.

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk kecemasan adalah dengan menggunakan beberapa teknik pemberian Aromaterapi (Minyak Lavender) Seperti diketahui minyakLavender mempunyai efek relaksasi sekaligus perangsang sehingga sangat baik digunakan sebagai penyejuk bagi orang-orang yang cemas dan perangsang bagi orang yang mengalami depresi.Aroma lavender juga dapat mengatasi masalah sakit sendi, sakit kepala atau nyeri lainnya. Kelebihan minyak lavender dibanding minyak essensial lain adalah kandungan racunnya yang relatif sangat rendah, jarang menimbulkan alergi dan merupakan salah satu darisedikit minyak essensial yang dapat digunakanlangsung pada kulit (Tara, 2005; Dean, 2007; Geddes, 2000).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada klien Bapak .J yang mengalami Hernia Nukleus Pulposus didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Masalah keperawatan yang muncul pada Bapak. J adalah Nyeri akut,, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, cemas, dan kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan.
- b. Intervensi keperawatan pada Bapak.J adalah *Pain Management, Nutrition Management, Anxiety Reduction*, Pengurangan Kecemasan.
- c. Implementasi yang sudah dilakukan meliputi : Pemberian Relaksasi Napas Dalam untuk Mengurangi Nyeri, Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi Berupa menjaga pola makan dan makan sedikit tetapi sering, Pemberian relaksasi untuk mengurangi kecemasan dan Mendukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai .

B. Saran

Semoga asuhan keperawatan ini bisa menambah pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Hernia Nukleus Pulposus bagi pembaca dan di harapkan juga kepada pembaca agar tidak berpatokan pada Asuhan Keperawatan ini saja, melainkan mencari informasi yang lain. Demikian pula dalam pembuatan laporan asuhan keperawatan ini ada banyak kekurangan, Oleh sebab itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik dari pembaca.

Adapun saran-saran yang dapat penulis kemukakan pada penyusunan Asuhan Keperawatan ini antara lain adalah :

1. Bagi keluarga

Agar mampu melakukan perawatan pada klien Hernia Nukleus Pulposus dengan di rumah, melakukan perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi.

2. Bagi perawat

- a. Hendaknya dapat menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien dengan nyeri akut , agar tercapai asuhan dan pendokumentasian yang berkualitas.
 - b. Agar penerapan proses asuhan keperawatan menjadi lebih bermanfaat, sebaiknya semua tindakan yang telah dilakukan dicatat dalam status klien secara lengkap, sehingga dapat dijadikan suatu dokumentasi keperawatan dan dicantumkan nama dan tanda tangan perawat yang melakukan.
3. Bagi Rumah Sakit
- a. Hendaknya menetapkan standar asuhan keperawatan, khususnya pada klien dengan Hernia Nukleus Pulposus sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan harus berdasarkan standar yang ada.
 - b. Untuk lebih meningkatkan pengetahuan perawat, maka pihak rumah sakit dapat melaksanakan penyegaran dalam bentuk seminar-seminar khususnya tentang asuhan keperawatan secara rutin misalnya sekali dalam tiga bulan.



DAFTAR PUSTAKA

Brunner & Suddarth (2002).Buku ajar medical bedah. (Edisi 8) (vol.2). EGC: Jakarta

Brunner & Suddarth (2001).Buku ajar medical bedah. (Edisi 8) (vol.2). EGC: Jakarta

Corwin, J.E. 2001.*Buku Saku Patofisiologi*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.

Carpenito, Lynda Juall, (2000). Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Edisi 8, EGC, Jakarta.

Carpenito, L.J. 2000.*Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinik*; edisi 6. Jakarta: EGC

Dean, S. 2007. *Aromaterapi (Pedoman menjadi Sehat bagi Orang Sibuk)*. Jakarta: EGC

Doenges, M.E.,Moorhouse M.F.,Geissler A.C., (2000). Rencana Asuhan Keperawatan, Edisi 3, EGC, Jakarta.

Doenges, M.E.,Moorhouse M.F.,Geissler A.C., (2001). Rencana Asuhan Keperawatan, Edisi 3, EGC, Jakarta.

Djohan. 2006. *Terapi Musik*. Yogyakarta: Penerbit Buku Baik.

Geddes & Grosset (penterjemah: Slamet Riyanto). 2000. *Terapi-terapi Alternatif Lotus*, Yogyakarta

Guyton, Arthur C. 2005. *Fisiologi Manusia dan Mekanisme Penyakit*.Edisi 3. Jakarta: EGC.

Heri, p. Yunita.(2010). *Laporan pendahuluan gangguan pemenuhan rasa nyaman nyeri*.Di akses tanggal 23 Desember 2011 dari <http://yunitaheripuspito.blogspot.com/2010/07/laporan-pendahuluanaskep-nyeri.html>

Harsono, 2000, Kapita Selekta Neurologi, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Lawrence. M, dkk. 2002. *Diagnosis dan Terapi Kedokteran Penyakit Dalam*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.

- Long, Barbara C, Perawatan Medikal Bedah, Bandung : Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran, 1996
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2005). Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit .(ed.6). (vol.2). Jakarta: EGC
- Potter & Perry.(2009). *Fundamental of Nursing*.Volume 2. Jakarta: EGC
- Potter & Perry . 2005.Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta : EGC
- Priharjo.R 2000.*Perawatan Nyeri : Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien*. Jakarta : EGC.
- Rahmayati, Yeni Nur. 2010. *Pengaruh Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizoafektif Di RSJD SURAKARTA*.<http://etd.eprints.ums.ac.id/9482/1/J210060060.pdf> didownload pada tanggal: 04 Mei 2013 pukul 17.00 WITA
- Sitorus, Ratna Dr, 2006,Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit , Penerbit Buku Kedokteran , EGC, Jakarta.
- Sudoyo.A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. (2006).Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid 1 (ed.4). Jakarta: FKUI
- S Meltzer, Suzane C, Buku Ajara Keperawatan Medikal Bedah Burner & Suddarth, Edisi 8 Vol 2 , 2001, Jakarta : EGC
- Smeltzer. Suzanne C. Bare Brenda G. Hinkle Janice L & Cheever Kerry H. 2010. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing edisi 12*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Tara, E & E. Sutrisno (penterjemah). 2005. *Buku Pintar Aromaterapi untuk Kesehatan dan Kecantikan*. INOVASI, Jakarta.

