

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Hernia Nucleus Pulposus*

2.1.1 Pengertian

Hernia Nucleus Pulposus (HNP) adalah kondisi dimana terjadi protrusi pada diskus *intervertebralis* karena cedera atau beban mekanik yang salah dalam waktu yang lama (Dwi et al., 2020). *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) merupakan salah satu penyebab dari nyeri punggung bawah, faktor utama yang menyebabkan HNP adalah degeneratif dimana elastisitas dari *annulus fibrosus* menurun sehingga menyebabkan robeknya *annulus fibrosus* (Widyasari & Wulandari, 2020). *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) ialah gangguan dimana bantalan lunak antara vertebra mengalami tekanan dan pecah, mengakibatkan penyempitan dan cubitan pembuluh darah saraf. Menyebabkan rasa sakit yang signifikan terutama pada bagian punggung bawah (Daneshpajoo et al., 2019)

Hernia Nucleus Pulposus adalah gangguan yang melibatkan cincin luar diskus sehingga *nucleus pulposus* menonjol dan menekan akar saraf tulang belakang kemudian menimbulkan nyeri dan defisit neurologis. Sebagian besar terjadi antara L4-L5 menekan akar saraf L5 atau antara L5-S1 menekan akar saraf S1 (Kusuma & Nurarif, 2015). *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah suatu keadaan dimana seseorang sering mengalami rasa sakit pada ruas-ruas tulang belakang. HNP terjadi karena adanya *nucleus pulposus* yang keluar dari diskus *intervertebralis* atau sendi tulang belakang (Yudhiono et al., 2017).

2.1.2 Etiologi

HNP kebanyakan disebabkan karena suatu trauma derajat sedang dan terjadi secara berulang mengenai *discus* intervertebralis sehingga menimbulkan robeknya annulus fibrosus. Pada kebanyakan pasien gejala trauma umumnya bersifat singkat dan gejala yang disebabkan oleh cedera pada *discus* tidak terlihat selama beberapa bulan atau bahkan dalam beberapa tahun (Zairin Noor, 2014). Menurut Yudhiono et al (2017) bahwa hal-hal yang menyebabkan penyakit HNP antara lain:

1. Aktivitas mengangkat benda berat dengan posisi awalan yang salah seperti posisi membungkuk sebagai awalan.
2. Kebiasaan sikap duduk yang salah dalam rentang waktu yang sangat lama. Hal ini sangat berpengaruh pada tulang belakang ketika kita sedang membungkuk dalam posisi duduk yang kurang nyaman.
3. Melakukan gerakan yang salah baik disengaja maupun tidak yang sangat berpengaruh pada tulang dan menyebabkan tulang punggung mengalami penyempitan sehingga terjadi trauma.
4. Kelebihan berat badan.

2.1.3 Manifestasi Klinis

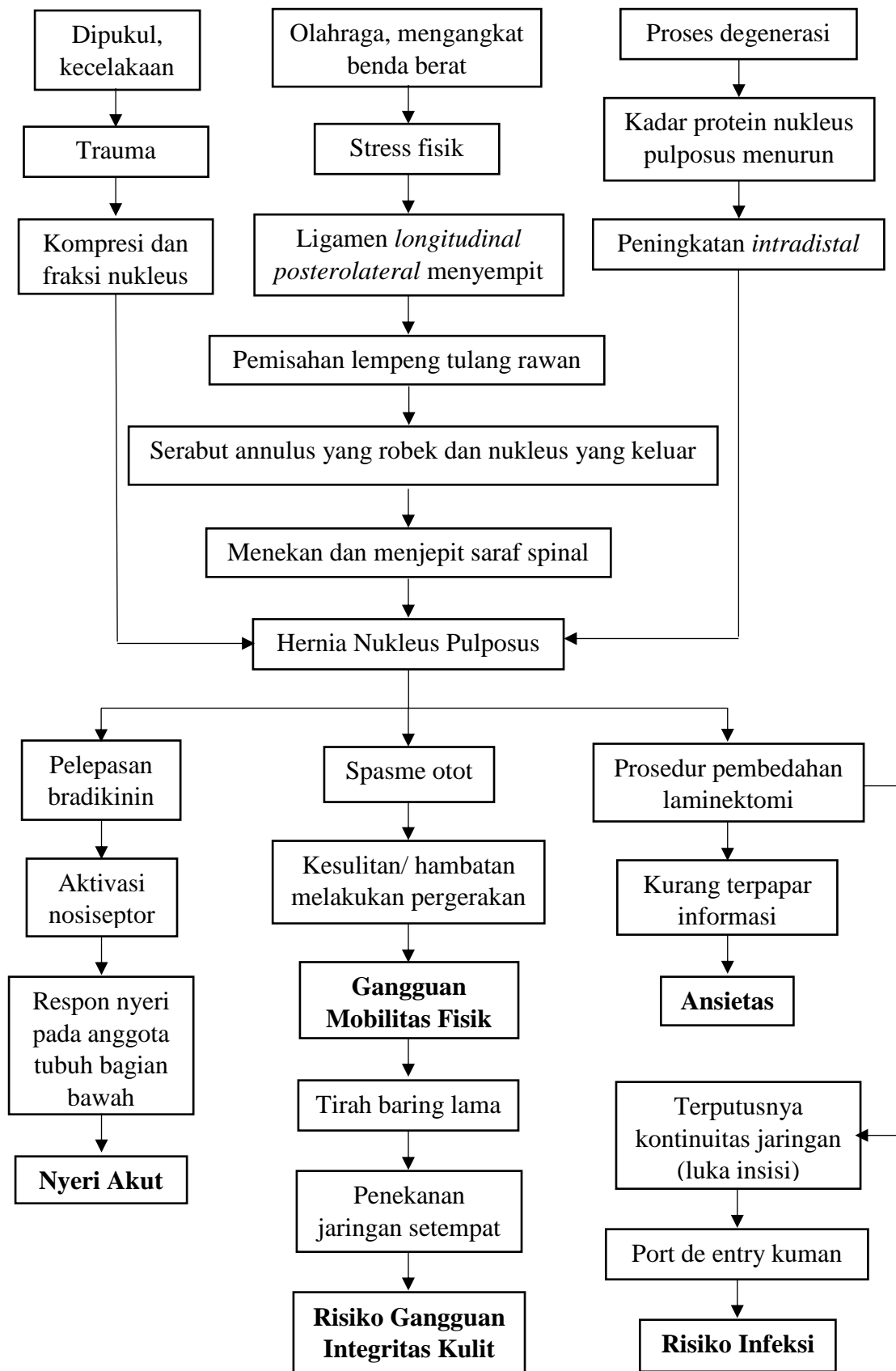
Manifestasi klinis utama yang muncul adalah rasa nyeri di punggung bawah disertai otot-otot sekitar lesi dan nyeri tekan. HNP terbagi atas HNP sentral dan lateral. HNP sentral akan menimbulkan paraparesis flasid, parestesia dan retensi urine. Sedangkan HNP lateral bermanifestasi pada rasa nyeri dan nyeri tekan yang terletak pada punggung bawah, di tengah-tengah area bokong dan betis, belakang tumit, dan telapak kaki (Pangestu et al., 2021).

Kekuatan ekstensi jari kelima kaki berkurang dan *reflex achiller* negative. Pada HNP lateral L5- S1 rasa nyeri dan nyeri tekan didapatkan di punggung bawah, bagian lateral pantat, tungkai bawah bagian lateral, dan di *dorsum pedis*. Kelemahan *musculus gastrocnemius* (plantar fleksi pergelangan kaki), *musculus ekstensor hallucis longus* (ekstensi ibu jari kaki), gangguan *reflex achilles*, defisit sensorik pada *malleolus lateralis* dan bagian lateral pedis (Satyanegara, 2013).

Menurut Munir (2015) gejala yang ditimbulkan akibat HNP adalah:

1. Nyeri punggung bawah, rasa kaku atau tertarik pada punggung bawah.
2. Nyeri menjalar seperti rasa kesetrum yang dirasakan dari bokong menjalar ke daerah paha sampai kaki, tergantung bagian saraf mana yang terjepit, rasa nyeri sering ditimbulkan setelah melakukan aktivitas yang berlebihan.
3. Kelemahan anggota badan bawah yang disertai dengan mengecilnya otot-otot tungkai bawah dan hilangnya refleks *tendon patella* dan *archilles*.
4. Kehilangan kontrol dari anus atau kandung kemih dan retensi urine.
5. Sesak napas karena adanya kelumpuhan otot pernapasan

2.1.4 Pathway



2.1.5 Klasifikasi

Menurut Kamitsuru & TH (2014) klasifikasi HNP ada dua, yaitu:

1. Hernia Diskus Intervertebra Servikalis

Biasanya terjadi antar ruang C5-C6 dan C6-C7 sekitar 10%. Nyeri dan kekakuan dapat terjadi pada leher, bagian atas pundak dan daerah skapula. Nyeri dapat juga disertai dengan kebas pada ekstremitas atas.

2. Hernia Diskus Lumbal

Banyak terjadi pada ruang antara L5-S1 sekitar 70-90%. Hernia diskus lumbal menimbulkan nyeri punggung bawah disertai berbagai derajat gangguan sensori dan motorik. Klien biasanya mengeluh nyeri punggung bawah dengan kaku otot yang diikuti dengan penyebaran nyeri ke dalam satu pinggul dan turun ke arah kaki. Nyeri diperberat oleh kegiatan yang meningkatkan tekanan cairan intraspinal seperti, membungkuk, mengejan batuk, bersin dan biasanya berkurang dengan tirah baring. Tanda tambahan mencakup kelemahan otot, perubahan reflek rendah, dan kehilangan sensorik.

Berdasarkan gradasinya herniasi dari nukleus pulposus dibagi atas (Azharuddin, 2014) :

1. *Bulging* adalah nukleus terlihat menonjol ke satu arah tanpa kerusakan anulus fibrosus.
2. *Protrusi* adalah nukleus berpindah tetapi masih dalam lingkaran anulus fibrosus.
3. *Ekstrusi* adalah nukleus keluar dari anulus fibrosus dan berada di bawah ligamentum longitudinal posterior.
4. *Sequestrasi* adalah nukleus menembus ligamentum longitudinal posterior

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Pangestu (2021) yang dapat digunakan untuk penatalaksanaan HNP antara lain:

1. Penatalaksanaan Fisioterapi Konservatif
 - a. Tirah baring disertai obat analgetik dan obat pelemas otot. Tujuan tirah baring untuk mengurangi nyeri dan peradangan, serta direkomendasikan selama 1 atau 2 hari.
 - b. Terapi Infrared diaplikasikan pada punggung yang nyeri, selama 30 menit.
 - c. Terapi Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). menggunakan unit saluran ganda. Satu saluran ditempatkan paraspinal pada tingkat sel saraf sciatic (L4, L5, S1, S2 dan S3) dan saluran kedua ditempat nyeri yang dirujuk (mis. paha posterior). Mesin hidup dengan TENS tinggi (frekuensi 100 Hz & durasi pulse 150 μ s) selama 30 menit.
 - d. Terapi McKenzie Cervical Exercise latihan ini untuk memperbaiki postur dan penguatan otot punggung bawah.
2. Terapi Farmakologi

Non Steroid (NSAID) dan Kortikosteroid Intravena terapi farmakologi pasien diberikan NSAID sebagai penghilang rasa nyeri dan kortikosteroid sebagai anti inflamasi.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi dari HNP adalah nyeri punggung untuk jangka waktu yang lama, kehilangan sensasi di tungkai yang diikuti penurunan fungsi kandung kemih dan usus. Selain itu, kerusakan permanen pada akar saraf dan *medulla spinalis* dapat terjadi bersamaan dengan hilangnya fungsi motorik dan

sensorik. Hal ini dapat terjadi pada *servikal stenosis* dan *spondilosis* yang menekan medula spinalis dan pembuluh darah, sehingga dapat menimbulkan mielopati dengan spastik paraplegia (Desyauri et al., 2021).

2.2 Konsep Laminektomi

2.2.1 Pengertian

Laminektomi adalah operasi untuk mengeluarkan lamina, dimana lamina adalah bagian dari tulang yang membentuk tulang belakang. Laminektomi juga dapat digunakan untuk menghapus taji tulang pada tulang belakang. Prosedur ini dapat mengurangi tekanan dari saraf tulang belakang atau spinal cord (Herdman, 2019).

Laminectomy adalah penghilangan bagian lamina (biasanya kedua sisi) untuk memperlebar kanal spinal dan mengurangi tekanan pada saraf tulang belakang bawah dan akar saraf. Tujuan dari pembedahan ini adalah untuk dekompresi akar saraf dengan berbagai teknik sehingga diharapkan bisa mengurangi gejala pada tungkai bawah (Meliala, 2020)

2.2.2 Indikasi Laminektomi

Indikasi operasi adalah gejala neurologis yang bertambah berat, defisit neurologis yang progresif, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari dan menyebabkan penurunan kualitas hidup, serta terapi konservatif yang gagal (Meliala, 2020)

2.2.3 Komplikasi Laminektomi

Menurut Meliala (2020) komplikasi pasca operasi laminektomi dapat menyebabkan ketidakstabilan tulang belakang, dimana akan berujung penggabungan dari tulang belakangnya di masa depan.

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Pengertian

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik yang multidimensional (Bahrudin, 2017). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2017a).

2.3.2 Data Mayor dan Data Minor

1. Gejala dan tanda mayor
 - a. Secara subjektif pasien mengeluh nyeri
 - b. Secara objektif pasien tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur
2. Gejala dan tanda minor
 - a. Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut
 - b. Secara objektif ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis (PPNI, 2017a).

2.3.3 Faktor Penyebab

1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)

3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (PPNI, 2017a).

Terdapat beberapa penyebab nyeri akut yang telah disebutkan, namun penyebab yang mungkin pada terjadinya masalah nyeri akut pada *hernia nucleus pulposus* yaitu agen pencedera fisik.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya sebagai berikut (Mubarak et al., 2015) :

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

2. Usia dan Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri . Dalam hal ini anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa dan kondisi ini dapat menghambat penanganan

nyeri untuk anak-anak. Di sisi lain, prevalensi nyeri pada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis dan degeneratif yang diderita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan keluarga dan orang-orang terdekat.

4. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Seseorang yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan seseorang yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penanganan nyeri saat ini.

5. Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang

percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

6. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin yaitu menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

7. Makna nyeri

Setiap individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

8. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

9. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

10. Gaya koping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan dan hasil akhir suatu peristiwa nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain didalam lingkungan mereka seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

11. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri memerlukan dukungan, bantuan, dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.3.5 Fisiologis Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi (Bahrudin, 2017). Istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan transmisi nyeri normal dan interpretasinya adalah nosiespsi. Nosisepsi memiliki empat fase (Caroline Bunker, 2017) :

1. Transduksi

Transduksi adalah sistem saraf mengubah stimulus nyeri dalam ujung saraf menjadi impuls.

2. Transmisi

Transmisi adalah impuls berjalan dari tempat awalnya ke otak.

3. Modulasi

Modulasi adalah tubuh mengaktivasi respon inhibitor yang diperlukan terhadap efek nyeri

4. Persepsi Persepsi adalah otak mengenali, mendefinisikan dan berespon terhadap nyeri

2.3.6 Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengkaji beberapa aspek antara lain: penentuan ada tidaknya nyeri, factor-faktor yang mempengaruhi nyeri, pengalaman nyeri, ekspresi nyeri, karakteristik nyeri, respon dan efek nyeri (fisiologis, perilaku, dan pengaruhnya terhadap ADL), persepsi terhadap nyeri dan mekanisme adaptasi terhadap nyeri. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengetahui karakteristik nyeri (PQRST) yang akan membantu pasien mengungkapkan keluhannya secara lengkap sebagai berikut (Andarmoyo, 2013) :

1. Provocate (P)

Mengkaji tentang penyebab nyeri dan yang dapat mengurangi serta memperberat nyeri

2. Quality (Q)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berpindah-pindah, kram, seperti tertusuk-tusuk, perih.

3. Region (R)

Mengkaji lokasi nyeri dengan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Mengetahui

lokasi yang spesifik perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri yang dirasakan pasien bisa bersifat menyebar.

4. Scale (S)

Mengkaji tingkat keparahan nyeri dengan menggambarkan nyeri yang dirasakan dari rentang 1-10 yaitu mulai dari nyeri ringan, sedang dan berat dari rentang 0-10 dengan titik 0 tidak ada dan 10 adalah nyeri hebat.

- a. Skala 0 tidak ada nyeri yang dirasakan oleh klien.
- b. Skala 1-3 yaitu nyeri ringan, secara umum klien masih bisa berkomunikasi dengan baik. Nyeri yang dirasakan hanya sedikit.
- c. Skala 4-6 yaitu nyeri sedang, secara umum klien mendesis, menyeringai dengan dapat menunjukkan lokasi nyeri. Klien juga masih dapat mendeskripsikan rasa nyeri serta dapat mengikuti perintah. Nyeri masih bisa dikurangi dengan alih posisi.
- d. Skala 7-9 yaitu nyeri berat, secara umum klien sudah tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih bisa menunjukkan lokasi nyeri dan masih respon terhadap tindakan. Nyeri tidak dapat dikurangi dengan alih posisi.
- e. Skala 10 yaitu nyeri sangat berat, secara umum klien sudah tidak bisa berkomunikasi

5. Time (T)

Mengkaji awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Perawat menanyakan “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”, “Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?”. “Seberapa sering nyeri kambuh”.

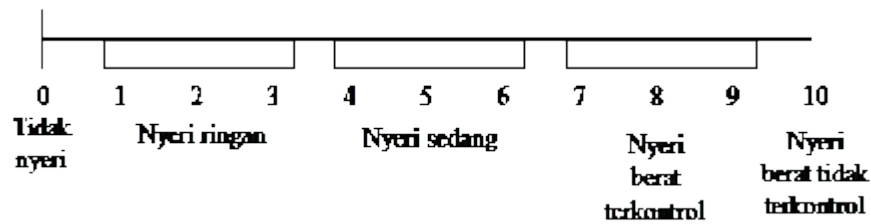
2.3.7 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Andarmoyo, 2013).

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan pengukuran skala nyeri, yaitu sebagai berikut:

1. *Verbal Description Scale (VDS)*

Merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Description Scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini di ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.



Gambar 2.1 Verbal Description Scale (VDS)

Sumber: Andarmoyo (2013).

Intensitas nyeri pada skala 0 tidak terjadi nyeri, intensitas nyeri pada skala 1 sampai 3, rasa nyeri seperti gatal atau tersetrum atau nyut-nyutan atau melilit atau terpukul atau perih atau mules. Intensitas nyeri skala 4 sampai 6, seperti kram atau kaku atau tertekan atau sulit bergerak atau terbakar atau ditusuk-tusuk. Sangat nyeri pada skala 7 sampai 9 tetapi masih dapat dikontrol oleh klien. Intensitas nyeri sangat berat pada skala 10 nyeri tidak terkontrol (Andarmoyo, 2013)

2. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric rating scale merupakan alat ukur skala nyeri unidimensional yang berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, metode ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari angka 0-10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang hebat, skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Chayati & Na'mah, 2019).



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber: Chayati & Na'mah (2019)

Tabel 2.1 Keterangan Skala Nyeri

	Keterangan (Kriteria Nyeri)
0 (Tidak nyeri)	Tidak ada keluhan nyeri, wajah tersenyum, vocal positif, bergerak dengan mudah, tidak menyentuh atau menunjukkan area yang nyeri
1-3 (Nyeri ringan)	Nyeri hampir tidak terasa, tetapi masih dapat ditoleransi, masih dapat melakukan aktivitas, masih dapat berkonsentrasi belajar
4-6 (Nyeri sedang)	Terasa kram di area perut bagian bawah, nyeri tersebut menyebar ke pinggang, kurang nafsu makan, sebagian aktivitas dapat terganggu, sulit atau susah berkonsentrasi belajar, terkadang merengek kesakitan, wajah netral menepuk atau meraih area yang nyeri
7-9 (Nyeri berat)	Nyeri sangat intens, menyiksa tak tertahan, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak kuat beraktivitas, tidak dapat berkonsentrasi belajar, menangis, wajah merengut atau meringis, kaki dan tangan tegang atau tidak dapat digerakkan.
10 (Nyeri sangat berat)	Terasa nyeri yang berat sekali, nyeri menyebar, tidak mau makan, mual, muntah, sakit kepala, badan tidak ada tenaga, tidak bisa berdiri atau bangun dari tempat tidur, tidak dapat beraktivitas, tangan menggenggam, mengatupkan gigi, menjerit, terkadang bisa sampai pingsan.

Sumber: Chayati & Na'mah (2019)

3. *Wong-baker faces* pain rating scale

Skala ini terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum hal ini menunjukkan tidak adanya nyeri kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan hal ini menunjukkan adanya nyeri yang sangat (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.3 Wong-baker faces pain rating scale

Sumber: Andarmoyo (2013).

Keterangan dari gambar diatas adalah angka 0 menunjukkan sangat bahagia sebab tidak ada rasa sakit, angka 1 menunjukkan sedikit menyakitkan, angka 2 menunjukkan lebih menyakitkan, angka 3 menunjukkan lebih menyakitkan lagi, angka 4 menunjukkan jauh lebih menyakitkan dan angka 5 menunjukkan benar-benar menyakitkan (Andarmoyo, 2013).

4. Skala nyeri *oucher*

Skala nyeri *oucher* merupakan salah satu alat untuk mengukur intensitas nyeri pada anak, yang terdiri dari dua skala yang terpisah, yaitu sebuah skala dengan nilai 0-10 pada sisi sebelah kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fotografik dengan enam gambar pada sisi kanan untuk anak-anak yang lebih kecil. Foto wajah seorang anak dengan peningkatan rasa tidak nyaman dirancang sebagai petunjuk untuk ember anak-anak pengertian sehingga dapat memahami makna dan tingkat keparahan nyeri (Andarmoyo, 2013).



Gambar 2.4 Skala Nyeri Oucher Versi Orang Afrika-Amerika

Sumber: Andarmoyo (2013)

5. Skala nyeri *bourbonnais*

Skala nyeri *bourbonnais* merupakan salah satu cara mengukur tingkat nyeri berdasarkan penilaian objektif yang dilakukan oleh enumerator, yaitu :

- a. Skala 0 = tidak nyeri
- b. Skala 1-3 = nyeri ringan

Secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik, tindakan manual dirasakan sangat membantu.

- c. Skala 4-6 = nyeri sedang

Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dengan tepat dan dapat mendeskripsikan nyeri, klien dapat mengikuti perintah dengan baik dan responsif terhadap tindakan manual.

d. Skala 7-9 = nyeri berat

Secara objektif terkadang klien dapat mengikuti perintah tapi masih responsif terhadap tindakan manual, dapat menunjukkan lokasi nyeri tapi tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, napas panjang, destruksi dll.

e. Skala 10 = nyeri sangat berat (panik tidak terkontrol)

Secara objektif klien tidak mau berkomunikasi dengan baik, berteriak, dan histeris. Klien tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik apa saja yang tergapai dan tidak dapat menunjukkan lokasi nyeri (KN, 2016).

2.4 Konsep Penatalaksanaan Kompres Hangat

2.4.1 Pengertian Kompres Hangat

Teknik kompres hangat merupakan tindakan dengan menggunakan air hangat atau alat penghangat yang bertujuan untuk mengurangi nyeri. Kompres yang diberikan pada punggung bawah di area tulang belakang akan mengurangi nyeri, panas yang dihasilkan akan meningkatkan sirkulasi ke area tersebut sehingga membuka sirkulasi yang disebabkan adanya tekanan (Putri et al., 2023).

Penggunaan kompres air hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi berlebih yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun. Cara melakukan kompres hangat yaitu meletakkan buli-buli panas berisi air hangat pada punggung bagian bawah. Suhu yang diberikan yaitu 38-40°C dan dikompreskan 20 menit (Hidayat Alimul & Uliyah, 2014)

2.4.2 Metode Pelaksanaan Kompres Hangat

Kompres hangat dapat diberikan melalui handuk yang telah direndam dalam air hangat. Suhu yang digunakan untuk mengompres harus diperhatikan agar tidak terlalu panas. Walau digunakan untuk mengurangi nyeri, akan tetapi kompres hangat tidak dianjurkan digunakan pada luka yang baru atau kurang dari 48 jam karena akan memperburuk kondisi luka. Kompres hangat juga tidak boleh digunakan pada luka terbuka dan luka yang masih terlihat bengkak. Kompres hangat dilakukan dengan temperatur 43°C atau jangan sampai terlalu panas dengan menyesuaikan kenyamanan klien yang akan dikompres dan dilakukan kompres sekitar 5-10 menit. Menurut intervensi keperawatan yang sering dilakukan kompres hangat dilakukan selama 3 hari, sehari 2 kali pagi dan sore (Pratintya et al., 2014).

2.5 Konsep Penatalaksanaan Relaksasi Benson

2.5.1 Pengertian Relaksasi Benson

Relaksasi adalah suatu jenis terapi untuk penanganan kegiatan mental dan menjauhkan tubuh dari pikiran dari rangsangan luar untuk mempersiapkan tercapainya hubungan yang lebih dalam dengan pencipta yang dapat dicapai dengan metode hypnosis, meditasi, yoga, dan bentuk latihan-latihan yang ada hubungannya dengan penjajakan pikiran (Fikri, 2018). Metode relaksasi Benson (BRM) adalah metode perilaku non farmakologis yang dirancang untuk mengatasi nyeri, kecemasan dan stress. Di antara metode relaksasi, BRM adalah salah satu yang paling mudah dipelajari dan diterapkan pada pasien tertentu. Sesi khas untuk BRM mencakup langkah-langkah berikut : duduk dalam posisi yang nyaman, menutup mata, mengendurkan semua otot secara mendalam, bernapas melalui hidung sambil merasakan pernapasannya sendiri. Melanjutkan ini berlatih selama 20 menit, dan

akhirnya duduk diam selama beberapa menit, pada awalnya dengan mata tertutup dan kemudian dengan mata terbuka (Ibrahim et al., 2019).

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang sering digunakan di rumah sakit menggunakan teknik pernafasan untuk mengurangi nyeri ataupun kecemasan (Rasubala et al., 2017). Teknik relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang diciptakan oleh Benson. Teknik relaksasi Benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi dengan keyakinan pasien (Benson & Poctor, 2000). Respon relaksasi yang melibatkan keyakinan yang dianut oleh pasien akan mempercepat keadaan pasien menjadi lebih rileks. Gabungan antara keyakinan pasien dengan respon relaksasi akan melipat gandakan efek relaksasi yang didapat (Fikri, 2018).

Fokus keyakinan dari teknik relaksasi ini adalah pengucapan kata atau frasa yang dipilih yang memiliki kedalaman keyakinan bagi pasien. Kata atau frase yang dipilih akan meningkatkan efek menenangkan. Pengucapan berulang kata-kata atau frasa yang merupakan keyakinan pasien akan memiliki efek yang lebih besar pada tubuh dibandingkan kata-kata yang tidak mempunyai arti. Pemilihan frase dipilih dengan kata yang singkat dan mudah diingat oleh pasien. Semakin sering responden melakukan teknik relaksasi benson maka ibu yang melakukan relaksasi akan merasa tenang dan nyaman. Hal ini terjadi ketika responden melemaskan semua otot dan mengambil posisi yang nyaman dan mengambil oksigen melalui hidung serta mengucapkan kalimat “istighfar” (sesuai dengan keyakinan klien) dan gelombang otak pun menjadi teratur serta aliran darah pun menjadi lancar maka reaksi-reaksi fisiologis yang dirasakan individu akan berkurang (Styowati & Prastia LD, 2022).

Teknik mengurangi nyeri dengan Relaksasi Benson ini pada dasarnya merupakan penggabungan antara relaksasi dengan suatu faktor keyakinan filosofis atau agama yang dianut. Relaksasi benson dilakukan 3 kali selama 10-20 menit. Salah satu kesulitan untuk melaksanakan relaksasi benson adalah pikiran yang mengembara, namun dapat dicegah dengan pengulangan kata atau frase (Morita et al., 2020).

2.5.2 Tujuan Relaksasi Benson

Menurut Perdana (2018) tujuan relaksasi secara umum adalah untuk mengendurkan ketegangan, yaitu pertama-tama jasmaniah yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan jiwa, teknik relaksasi benson dapat berguna untuk mengurangi, menghilangkan nyeri, insomnia dan mengurangi kecemasan.

2.5.3 Langkah-Langkah Relaksasi Benson

Menurut Renaldi (2020) terdapat empat elemen dasar teknik relaksasi benson dapat berhasil, yaitu lingkungan yang tenang, pasien mampu untuk mengendurkan otot-otot tubuhnya secara sadar, mampu untuk memusatkan diri selama 10-20 menit pada kata yang telah dipilih dan mampu untuk bersikap pasif dari pikiran-pikiran yang mengganggu pasien. Beberapa langkah dalam teknik relaksasi benson adalah:

1. Langkah pertama : Pilih kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan pasien, anjurkan pasien tenang untuk memilih ungkapan yang memiliki arti khusus seperti Allah.
2. Langkah kedua : Atur posisi yang nyaman, pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk, berlutut atau tiduran selama tidak mengganggu pikiran pasien

3. Langkah ketiga : Pejamkan mata sewajarnya, tindakan dilakukan dengan wajar dan tidak perlu mengeluarkan banyak tenaga
4. Langkah keempat : Lemaskan otot-otot tubuh, melemaskan semua otot pada tubuh pasien dari kaki, betis, paha dan perut, memutar kepala dan mengangkat bahu dapat dilakukan untuk melemaskan otot bagian kepala, leher dan bahu, ulurkan tangan, kemudian kendorkan dan biarkan terkulai di samping tubuh.
5. Langkah kelima : Perhatikan nafas dan memulai menggunakan kata fokus yang disesuaikan dengan keyakinan, tarik nafas melalui hidung, keluarkan melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan frase yang telah dipilih dan diulang-ulang saat mengeluarkan nafas.
6. Langkah keenam : Pertahankan sikap pasif, anjurkan pasien untuk tidak mempedulikan berbagai macam pikiran yang mengganggu konsentrasi pasien
7. Langkah ketujuh : Lakukan teknik relaksasi dalam jangka waktu tertentu 10-20 menit. Pasien diperbolehkan membuka mata untuk melihat waktu tetapi jangan menggunakan alarm. Bila sudah selesai tetap berbaring atau duduk dengan tenang selama beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata terbuka
8. Langkah kedelapan : Lakukan teknik relaksasi Benson sekali atau dua kali dalam sehari, waktu yang paling baik untuk melakukan teknik relaksasi benson adalah saat sebelum makan pagi dan sebelum makan malam.

Relaksasi Benson merupakan relaksasi yang biasa digunakan di rumah sakit menggunakan teknik pernapasan pada pasien nyeri atau mengalami kecemasan (Rasubala et al., 2017). Dengan menggunakan teknik relaksasi benson perawat diharapkan dapat menurunkan nyeri yang dirasakan pada pasien dan memberi

pengertian bahwa segala bentuk nyeri datangnya dari Tuhan yang sedang memberikan ujian kepada hambanya. Sehingga nyeri tidak berdampak negatif terhadap hemodinamik pasien, waktu kesembuhan luka, dan rasa nyaman pasien (Renaldi et al., 2020).

2.6 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019). Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Togubu, 2019). Asuhan keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.6.1 Fokus Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

Dalam pengkajian meliputi teknik pengumpulan data :

1. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, nomor rekam medis, diagnosis medis.
2. Keluhan Utama. Pasien HNP biasanya datang dengan keluhan utama berupa nyeri pada punggung bawah.
3. Riwayat Penyakit Sekarang. Kemungkinan pasien mengalami HNP disebabkan oleh trauma, gerakan yang salah, mengangkat benda berat dan kelebihan berat badan
4. Riwayat Penyakit Keluarga. Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat HNP dari generasi terdahulu.
5. Pemeriksaan Fisik (Head to toe). Pemeriksaan ini dimulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, tenggorokan, leher, dada, perut, jantung, paru-paru, punggung, genitalia dan ekstremitas.

Nurarif (2015) menjelaskan pemeriksaan pasien dengan HNP yaitu:

1) Anamnesa

Adanya nyeri di pinggang bagian bawah menjalar ke bawah mulai dari bokong, paha bagian belakang, tungkai bawah bagian atas. Dikarenakan mengikuti jalannya nervus ischiadicus yang mempersarafi kaki bagian belakang. Nyeri semakin hebat bila penderita mengejan, batuk dan mengangkat barang berat. Nyeri spontan, yaitu sifat nyeri adalah khas, yaitu dari posisi berbaring ke duduk nyeri bertambah hebat. Sedangkan bila berbaring nyeri berkurang atau hilang.

2) Pemeriksaan Motorik

- a. Kekuatan fleksi dan ekstensi tungkai atas, tungkai bawah, kaki, ibu jari dan jari lainnya dengan menyuruh klien untuk melakukan gerak fleksi dan ekstensi dengan menahan gerakan.
- b. Gaya jalan yang khas, membungkuk dan miring ke sisi tungkai yang nyeri dengan fleksi di sendi panggul dan lutut, serta kaki yang berjingkat.
- c. Motilitas tulang belakang lumbal yang terbatas.

3) Pemeriksaan Sensorik

Pemeriksaan rasa raba, rasa sakit, rasa suhu, rasa dalam dan rasa getar untuk menentukan dermatom mana yang terganggu sehingga dapat ditentukan juga radiks mana yang terganggu.

4) Pemeriksaan Reflek

- a. Refleks patella, pada HNP lateral L4-L5 refleks negatif.
- b. Refleks achilles, pada HNP lateral L4-L5 refleks negatif.

5) Pemeriksaan Range of Movement (ROM)

Pemeriksaan ini dapat dilakukan aktif atau pasif untuk memperkirakan derajat nyeri atau untuk memeriksa ada atau tidaknya penyebaran nyeri.

2.6.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017a). Beberapa diagnosa keperawatan

yang mungkin muncul pada pasien dengan HNP antara lain (Kusuma & Nurarif, 2015)

1. (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017a).

2. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017a).

3. (D.0139) Risiko gangguan integritas kulit d.d penurunan mobilitas

Risiko gangguan integritas kulit yaitu berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis, dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran, mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) (PPNI, 2017a).

4. (D.0080) Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017a).

5. (D.0142) Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif

Risiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017a)

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2017b). Langkah-langkah menyusun perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut (Bismar, 2020):

1. Menentukan urutan prioritas masalah

Tahap ini memilih masalah yang memerlukan perhatian/prioritas di antara masalah-masalah yang telah ditentukan. Prioritas tertinggi diberikan pada masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien. Selain itu, masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial.

2. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai

Yang dimaksud dengan tujuan keperawatan ialah hasil yang Ingin dicapai dari asuhan keperawatan untuk menanggulangi dan mengatasi masalah yang telah dirumuskan dalam keperawatan. Pernyataan tujuan keperawatan harus jelas disebutkan, sehingga perawat yang mengawasi pasien setelah membaca tujuan tersebut sanggup menentukan apakah tujuan telah dicapai atau belum.

3. Menentukan kriteria hasil

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan kriteria hasil yaitu :

- a) Bersifat spesifik dalam hal isi dan waktu misalnya pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan selama 3 hari setelah operasi.
- b) Bersifat realistis artinya dalam menentukan tujuan harus dipertimbangkan faktor fisiologis/ patologi penyakit yang dialami dan sumber yang tersedia waktu pencapaian

- c) Dapat diukur
- d) Mempertimbangkan keadaan dan keinginan pasien

4. Menentukan rencana tindakan keperawatan

Menentukan rencana tindakan keperawatan adalah langkah penentu dalam tindakan keperawatan dalam rangka menolong pasien, untuk mencapai suatu tujuan keperawatan.

Beberapa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan sesuai diagnosa keperawatan pada pasien HNP adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada pasien HNP

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(D.0077) Nyeri akut	(L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Kesulitan tidur menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Mual muntah menurun - Tekanan darah membaik 	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terapeutik 10. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis,TENS, hipnotis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik

		<p>imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>18. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
(D.0054) Gangguan mobilitas fisik	(L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

		10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
(D.0139) Risiko gangguan integritas kulit	(L.14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: - Elastisitas meningkat - Hidrasi meningkat - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Kemerahan menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Nekrosis menurun - Suhu kulit membaik	Perawatan integritas kulit (1.11353) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <i>Terapeutik</i> 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Gunakan produk berbahan petroleum/minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <i>Edukasi</i> 6. Anjurkan menggunakan pelembab, jika perlu 7. Anjurkan minum air yang cukup 8. Anjurkan meningkatkan nutrisi 9. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
(D.0080) Ansietas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, diharapkan tingkat ansietas menurun. Dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku tegang menurun	Persiapan Pembedahan (1.14573) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kondisi umum 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah <i>Terapeutik</i> 4. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah 5. Fasilitasi pemeriksaan penunjang 6. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan 7. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh 8. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal malam hari sebelum pembedahan 9. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pre operasi 10. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai

		<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 12. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 13. Latih teknik batuk efektif 14. Latih teknik mengurangi nyeri pascaoperatif 15. Anjurkan menghentikan obat koagulan 16. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan 18. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi.
Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (1.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien

mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Februanti, 2019).

Implementasi atau tahap pelaksanaan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independen (secara mandiri) dan juga kolaborasi antar tim medis. Pada tindakan independen, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan dari keputusan pihak lain. Sedangkan tindakan kolaborasi merupakan tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama (Melliany, 2019).

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sebuah penilaian atau pengukuran dengan cara membandingkan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah diberikan suatu perlakuan. Evaluasi keperawatan sendiri merupakan penilaian yang diamati dan diukur dari hasil membandingkan suatu perubahan keadaan atau kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan tahap perencanaan (Yunus, 2019).

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi diantaranya adalah memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan, menentukan tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mengatasi masalah dan mencapai tujuan, dan mengkaji penyebab masalah masih belum dapat teratasi (Yunus, 2019).

2.6.5.1 Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh: membantu pasien duduk semi fowler, pasien dapat duduk selama 30 menit tanpa pusing (Adinda, 2019).

Evaluasi berbentuk komponen SOAP/ SOAPIE/ SOAPIER dirancang untuk memudahkan perawat dalam menilai atau memantau perkembangan pasien (Yunus, 2019). Komponen tersebut meliputi singkatan kata untuk mempermudah mengingat. Berikut penjelasan setiap komponen :

- a. S memiliki arti subjektif. Subjektif disini merupakan data yang diperoleh dari pasien secara lisan. Data yang disampaikan pasien maupun keluarga pasien juga merupakan hasil evaluasi subjektif.
- b. O memiliki arti objektif. Objektif disini merupakan data yang didapatkan dari menurut penilaian, pengukuran dan observasi perawat secara langsung pada pasien setelah mendapat intervensi.
- c. A memiliki arti analisis. Analisis yang dimaksud merupakan hasil dari interpretasi data subjektif dan objektif. Analisis juga merupakan hasil diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan keterangan teratasi atau belum teratasi.

- d. P memiliki arti planning. Planning atau perencanaan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi dari sebuah intervensi yang telah disusun

2.6.5.2 Evaluasi Sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan dan observasi dan analisis status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan yang merupakan rekapitan akhir secara paripurna, catatan naratif, klien pulang atau pindah (Rohmah & Walid, 2012).

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah: Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Adinda, 2019).