

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA
PASIENT POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSES
PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI
RUANG BEDAH RSUD ABEPURA**



Disusun Oleh:

Nama : Reny, S.Tr,Kep.

NIM : PO.71.20.92.10.43

Peminatan: KMB

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)

ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSES PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Ners



Disusun Oleh:

Nama :Reny, S.Tr,Kep.

NIM : PO.71.20.92.10.43

Peminatan : KMB

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI PROFESI NERS
2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang di rujuk telah
Saya nyatakan dengan benar.

Nama : RENY
NIM : PO.71.20.92.10.43
TandaTangan : 
Tanggal : 11 Agustus 2022

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa
Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul:

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN
POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSES PUNGGUNG
TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI RUANG BEDAH RSUD
ABEPURA**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

RENY

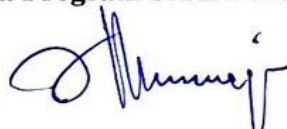
NIM : PO.71.20.92.10.43

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan
Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing


Dr. Jems K R Maay, S.Kep., Ns., M.Sc.
NIP. 197807112001121004

**Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Ners**


Blestina Maryorita S.Kep.,Ns.,M.Si.,MSN
NIP. 19670520 198601 2 001

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN
POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSSES PUNGGUNG
TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI RUANG BEDAH RSUD
ABEPURA**

Diajukan oleh:

RENY

NIM : PO.71.20.92.10.43

Telah diseminarkan dan diujikan pada tanggal 11 agustus 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Tim Penguji

Blestina Maryorita S.Kep.,Ns.,M.Si.,MSN ()
NIP:19670520 198601 2 001

**Mengetahui
Ketua Program Studi Pendidikan Ners**


Blestina Maryorita S.Kep.,Ns.,M.Si.,MSN
NIP. 19670520 198601 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul **“Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura”**. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners pada program studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Jayapura. Dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini peneliti banyak dapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr.Ester Rumaseb, S.Pd, M.Kes selaku PltDirektur Utama Poltekes Kemenkes Jayapura yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program studi Sarjana Terapan Keperawatan.
2. dr.Daisy C.Urbinas selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abepura yang telah memberi izin kepada penulis untuk mengambil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Abepura.
3. Dr. Jems K R Maay, S.Kep., Ns., M.Sc, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
4. Blestina Maryorita S.Kep.,Ns.,M.Si.,MSN, selaku penguji yang telah memberikan banyak saran dan perbaikan untuk kemajuan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.

5. Suami saya Indra Thamrin yang selalu memberikan support, Doadan Cinta-Nya dalam hal apapun bagi Penulis hingga saat ini.
6. Dan semua pihak-pihak yang membantu secara ikhlas untuk menunjang penyelesaian penyusunan Usulan Penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran dari semua pihak sangatlah kami butuhkan dan kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan penulis khususnya. Amin.

Penulis, Juni 2022



Reny, S.Tr.,Kep.

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KIAN UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Jayapura, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama	:RENY
NIM	:PO.71.20.92.10.43
ProgramStudi	: PROFESI NERS
Jurusan	:KEPERAWATAN

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Jayapura **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas KIAN saya yang berjudul:

ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSES PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalty non eksklusif ini Poltekkes Kemenkes Jayapura berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuatdi: Jayapura
Padatanggal : Juni 2022

Yang menyatakan



(RENY, S.Tr.,Kep)

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL.....	i
HALAMANPERNYATAANORISINALITA S.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....	iii
HALAMANPENGESAHAN PENGUJI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMANPERNYATAANPERSETUJUANPUBLIKASI TUGAS AKHIR.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penelitian	4
1. Manfaat Keilmuan.....	5
2. Manfaat Aplikatif.....	5
 BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Medis.....	6
1. Anatomi Fisiologi Punggung.....	6
2. Abses.....	8
3. Debridement.....	13
B. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam.....	19
C. Kosep Asuhan KeperawatanKlien Dengan Post Operasi Debridement	
1. Pengkajian.....	22
2. Diagnosa Keperawatan.....	23
3. Rencana Asuhan Keperawatan.....	29

4. Implementasi.....	38
5. Evaluasi Keperawatan.....	38
D. Kerangka Konsep.....	38
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian.....	39
1. Data Umum.....	39
2. Data Keluarga.....	39
3. Riwayat Kesehatan.....	40
4. Data Psikososial.....	42
5. Data Spiritual.....	42
6. Pengkajian Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.....	43
7. Pemeriksaan Fisik.....	45
8. Pemeriksaan Penunjang.....	49
B. Klasifikasi Data.....	51
C. Analisa Data.....	52
D. Diagnosa Keperawatan.....	53
E. Asuhan Keperawatan.....	54
F. Catatan Perkembangan.....	64
BAB IV ANALISIS SITUASI MASALAH	
A. Analisis Kasus Kelolaan Terkait Teori.....	71
B. Analisa <i>Based Evidence Practices</i> : Teknik Relaksasi Nafas dalam.....	83
C. Alternatif Pemecahan Masalah.....	84
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN.....	90

DAFTAR TABEL

TABEL 1: Memilih debridement Yang Sesuai.....	19
TABEL 2: Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Hipotermia.....	25
TABEL 3: Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Nyeri Akut.....	25
TABEL 4: Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Nausea.....	26
TABEL 5: Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Resiko Infeksi.....	27
TABEL 6: Standar Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit.....	28
TABEL7: Perencanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Debridement.....	32
TABEL 8: Pola Aktivitas dan Latihan.....	44
TABEL 9: Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. A.....	49
TABEL 10: Klasifikasi Data.....	51
TABEL 11: Analisa Data.....	52
TABEL 12: Diagnosa Keperawatan	53
TABEL 13: Asuhan Keperawatan.....	54
TABEL 14: Catatan Perkembangan Hari I.....	64
TABEL 15: Catatan Perkembangan Hari II.....	68

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 1: Anatomi Punggung Manusia.....	7
GAMBAR 2: Pathway Abses.....	12
GAMBAR 3: Genogram keluarga Tn. A.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1: Surat Permohonan Menjadi Responden	90
LAMPIRAN 2: Informed Consent	91
LAMPIRAN 3: SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam	92
LAMPIRAN 4: Dokumentasi	94

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA
PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSES
PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI
RUANG BEDAH RSUD ABEPURA**

Reny*, Jems K R Maay

Jurusan Keperawatan Prodi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura
Jl. Padang Bulan II Hedam Abepura Jayapura

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit infeksi merupakan penyakit yang banyak dialami oleh masyarakat. Salah satunya adalah abses yang disebabkan oleh bakteri, biasanya abses terbentuk karena adanya akumulasi nanah terbentuk oleh jaringan granulasi dan jika dibiarkan akan bertambah parah dan menyebabkan rasa sakit pada penderitanya. Salah satu penanganan abses adalah dengan debridement. Pada kondisi pascapembedahan, yang dibutuhkan oleh pasien adalah manajemen nyeri. Manajemen nyeri non farmakologis dapat memperkuat kerja analgetik dan mempersingkat durasi nyeri pasien, salah satu contohnya adalah teknik relaksasi nafas dalam.

Metode: Metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini menggunakan laporan studi kasus. Pada penulisan metode ilmiah sesuai dengan kaidah dari proses keperawatan yang meliputi : Pengkajian, Analisa data, Intervensi keperawatan, Implementasi serta Evaluasi.

Hasil: Pada tahap pengkajian diperoleh data pasien mengeluh nyeri pada punggungnya akibat luka operasi dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah berat saat bergerak dan nyeri dirasakan terus menerus. Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Setelah dilakukan pemberian intervensi dengan relaksasi Nafas dalam selama 3 hari pada Tn. A masalah keperawatan dapat teratasi.

Kesimpulan: Bahwa prioritas diagnosa keperawatan utama adalah Nyeri Akut, dan diagnosa ke dua gangguan integritas kulit. Dari hasil analisa keperawatan dengan intervensi yang diberikan meliputi teknik relaksasi nafas dalam, kompres hangat dan teknik imajinasi terbimbing mampu merilekskan dapat dibuktikan efektif dalam menurunkan rasa nyeri pasien. Peranan keluarga juga cukup penting dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien yaitu mengedukasikan teknik napas dalam khususnya pasien untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan.

Kata Kunci: Abses, Debridement, Teknik Relaksasi Nafas Dalam

ANALYSIS OF PROVISION OF DEEP RELAXATION TECHNIQUES TO POST
OPERATIONAL DEBRIDEMENT PATIENTS ON INDICATIONS OF BACK ABSSES
TOWARDS REDUCING PAIN INTENSITY IN THE SURGICAL ROOM OF
ABEPURA HOSPITAL

Reny*, Jems K R Maay

Nursing Department of Nursing Profession Study Program
Poltekkes Kemenkes Jayapura

ABSTRACT

Background: Infectious disease is a disease that is experienced by many people. One of them is an abscess caused by bacteria, usually an abscess is formed due to the accumulation of pus formed by granulation tissue and if left unchecked it will get worse and cause pain to the sufferer. One of the treatments for abscesses is debridement. In the condition of surgical debridement pots, what is needed by the patient is pain management. Non-pharmacological pain management can strengthen analgesic action and shorten the patient's pain duration, one example is deep breathing relaxation techniques.

Methods: The research method used in the preparation of this Final Scientific Paper uses case study reports. In writing the scientific method in accordance with the rules of the nursing process which includes: Assessment, data analysis, nursing intervention, implementation and evaluation.

Results: At the assessment stage, the data obtained from patients complaining of pain in their back due to surgical wounds with a pain scale of 5, the pain is felt like being stabbed, the pain gets worse when moving and the pain is felt continuously. There is a bandage on the patient's left back due to debridement surgery. After giving nursing intervention for 3 days to Mr. A all nursing problems can be solved.

Conclusion: That the priority nursing diagnosis is Acute Pain, and the second diagnosis is impaired skin integrity. From the results of the nursing analysis with the interventions provided including deep breathing relaxation techniques, warm compresses and guided imagination techniques that are able to relax can be proven effective in reducing patient pain. The role of the family is also quite important in providing support and motivation to patients, namely educating patients about deep breathing techniques to reduce the intensity of the pain they feel.

Keywords: Abscess, Debridement, Deep Breathing Relaxation Technique

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit infeksi merupakan penyakit yang banyak dialami oleh masyarakat. Salah satunya adalah abses yang disebabkan oleh bakteri, biasanya abses terbentuk karena adanya akumulasi nanah terbentuk oleh jaringan granulasi dan jika dibiarkan akan bertambah parah dan menyebabkan rasa sakit pada penderitanya ((Muhammad Bayu Zohari Hutagalung, Dwinka Syafira Eljatin, Awalita & Sarie, G., & Demitria Agustina Sianturi, 2019). Abses merupakan reaksi alami tubuh akibat adanya perlawanan dari sistem kekebalan tubuh terhadap suatu infeksi yang menyerang jaringan tertentu. Abses seringkali mudah dirasakan dengan menyentuh. Sebagian besar dari mereka disebabkan oleh infeksi. Abses terisi penuh dengan nanah, bakteri, dan kotoran (Agustin, 2021).

Penyebab abses yang paling umum disebabkan oleh *Staphylococcus aureus* baik MRSA maupun tidak sebanyak 75 % kasus (Spelman, 2018). Di negara Amerika terhitung hampir 59 % pasien dengan infeksi kulit dan jaringan lunak (SSTIs) secara umum banyak menerima pasien dengan keluhan abses yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*-MRSA (Wang, 2018).

Debridemen merupakan sebuah tindakan pembedahan lokal yang dilakukan mengendalikan risiko infeksi pada abses. Debridement adalah proses mengangkat jaringan mati dan benda asing dari dalam luka untuk

memaparkan jaringan sehat di bawahnya. Jaringan mati bisa berupa pus, krusta, eschar (pada luka bakar), atau bekuan darah (Ariningrum, 2018). Luka kemudian akan dicuci atau diairi dengan beberapa liter larutan garam.

Pada kondisi ini, pasien sangat membutuhkan manajemen nyeri. Manajemen nyeri adalah upaya ilmu medis menghilangkan keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien. Pada nyeri pasca debridement membutuhkan tindakan farmakologidan non farmakologi. Dalam menangani nyeri melalui teknik farmakologi yaitu dilakukan kolaborasi dengan dokter. Seperti dalam pemberian obat-obatan tertentu yang diresepkan sebagai pemberian dosis awal. Banyakanggota tim kesehatan yang cenderung menggunakan teknik farmakologis, akan tetapi dalam tindakan farmakologis ini dapat menimbulkan efek samping. Maka perlu adanya kolaborasi yang erat dan efektif antara tim medis satu dengan yang lainnya. Berbeda dengan tindakan non-farmakologis, pada tindakan non farmakologis ini banyak sekali aktivitas yang dapat dilakukan untuk membantu mengurangi dan menghilangkannyeri.

Beberapa manajemen nyeri dalam keperawatan adalah mengatur posisi fisiologis dan imobilisasi ekstermitas yang mengalami nyeri, mengistirahatkan klien, kompres, manajemen lingkungan, tehnik relaksasi napas dalam, tehnik distraksi, manajemen sentuhan (Arif Muttaqin & Sari, 2011). Manajemen nyeridon farmakologis dapat memperkuat kerja analgetik dan mempersingkat durasi nyeri pasien.

Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu tindakan komplementer sebab pada teknik relaksasi tepat diberikan pada pasien yang

mengalami nyeri kronik ataupun akut. Dengan pemberian relaksasi nafas dalam akan mengurangi hormon stress, memperlambat denyut jantung, memperlambat tekanan darah dan merilekskan otot-otot. Selain memberikan efek yang menenangkan, relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan energi dan mengurangi sakit ataupun nyeri (Kobayashi, S., Yanagi, N., 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas pasien dengan post operasi rata-rata sering sekali diberikan obat analgetik untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien. Maka penulis tertarik untuk memberikan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi dan mengontrol nyeri karena relaksasi napas dalam dapat dengan mudah dilakukan dan tidak menimbulkan efek samping. Berdasarkan uraian diatas Penulis Tertarik Mengangkat Judul Karya Tulis Ilmiah “Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan karya ilmiah akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.”

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian dalam asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Di Ruang Bedah RSUD Abepura.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan dalam asuhan pada Tn. A dengan Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Di Ruang Bedah RSUD Abepura.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Di Ruang Bedah RSUD Abepura.
- d. Melakukan tindakan keperawatan serta tindakan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan intensitas nyeri pada asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Di Ruang Bedah RSUD Abepura.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Di Ruang Bedah RSUD Abepura.

C. Manfaat Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek yaitu:

1. Manfaat Keilmuan

Sebagai sarana untuk menambah wawasan, ilmu pengetahuan dan pengalaman yang baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan dengan post operasi debridement atas indikasi abses punggung.

2. Manfaat Aplikatif

a. Profesi Perawat

Karya ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan kontribusi terhadap perkembangan ilmu keperawatan serta merupakan sumber informasi dan sebagai pertimbangan dalam memberikan intervensi mandiri pada penderita post operasi debridement atas indikasi abses punggung.

b. Institusi Pendidikan

Dapat menjadi sumber masukan dan dapat menambah pengetahuan terhadap penelitian terkait yang mana akan menambah informasi tentang penanganan pasien dengan post operasi debridement atas indikasi abses punggung.

c. Pasien Post Operasi Debridement

Diharapkan pasien dapat membantu mengontrol nyerinya pada sehingga pasien dapat mengaplikasikan secara mandiri di rumah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

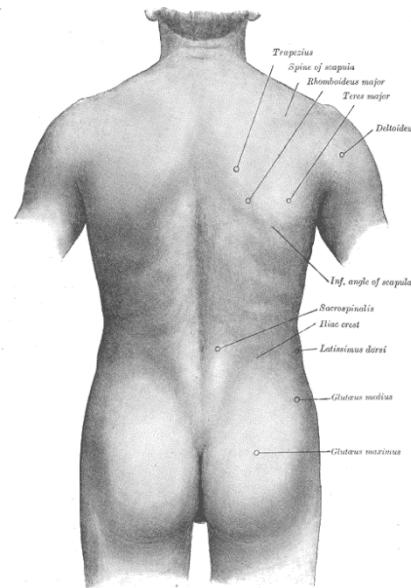
A. Konsep Medis

1. Anatomi Fisiologi Punggung

Menurut Snell, (2012), *columna vertebralis* merupakan pilar utama tubuh, dan berfungsi menyanggah *cranium*, gelang bahu, ekstremitas superior, dan dinding *thorax* serta melalui gelang panggul meneruskan berat badan ke ekstremitas inferior. Di dalam rongganya terletak *medulla spinalis*, *radix nervi spinalis*, dan lapisan penutup meningen, yang dilindungi oleh *columna vertebralis*. *Columna vertebralis* terdiri dari 33 vertebra, yaitu 7 vertebra *cervicalis*, 12 vertebra *thoracicus*, 5 vertebra *lumbalis*, 5 vertebra *sacralis* (yang bergabung membentuk *os sacrum*), dan 4 vertebra *coccygea* (tiga yang di bawah umumnya bersatu). Struktur *columna* ini fleksibel, karena *columna* ini bersegmen-segmen dan tersusun dari vertebra, sendi-sendi, dan bantalan *fibrocartilago* yang disebut *discus intervertebralis*. *Discus intervertebralis* membentuk kira-kira seperempat panjang *kolumna*.

Vertebra yang khas terdiri dari *corpus* yang bulat di anterior dan *arcus vertebrae* di posterior. Keduanya melingkupi sebuah ruang disebut *foramen vertebrale*, yang dilalui oleh *medulla spinalis* dan bungkus-bungkusnya. *Arcus vertebrae* terdiri atas sepasang *pediculus* yang

berbentuk silinder, yang membentuk sisi-sisi arcus, dan sepasang lamina yang pipih yang melengkapi arcus pada daerah posterior (Snell, 2012).



Gambar 1
Anatomi Punggung Manusia
Sumber: Wikipedia

Arcus vertebrae mempunyai tujuh processus yaitu satu processus spinosus, dua processus transversus, dan empat processus articularis. Processus spinosus atau spina, menonjol ke posterior dari pertemuan kedua lamina. Processus transversus menonjol ke lateral dari pertemuan lamina dan pediculus. Processus spinosus dan processus transversus berfungsi sebagai pengungkit dan menjadi tempat melekatnya otot dan ligamentum. Processus articularis terletak vertikal dan terdiri dari dua processus articularis superior dan dua processus articularis inferior. Processus ini menonjol dari pertemuan antara lamina dan pediculus, dan facies articularisnya diliputi oleh kartilago hialin. Kedua processus

articularis superior dari sebuah arcus vertebrae bersendi dengan kedua processus articularis inferior dari arcus yang ada di atasnya, membentuk sendi sinovial (Snell, 2012).

Pediculus mempunyai lekuk pada pinggir atas dan bawahnya, membentuk incisura vertebralis superior dan inferior. Pada masing-masing sisi, incisura vertebralis superior sebuah vertebra dan incisura vertebralis inferior vertebra di atasnya membentuk foramen intervertebrale. Foramina ini pada kerangka yang bersendi berfungsi sebagai tempat lewatnya nervus spinalis dan pembuluh darah. Radix anterior dan posterior nervi spinalis bergabung di dalam foramina ini, bersama dengan pembungkus duramaternya membentuk saraf spinalis segmentalis (Snell, 2012).

2. Abses

a. Definisi

Abses adalah penumpukan nanah di dalam rongga di bagian tubuh setelah infeksi bakteri. Nanah adalah cairan yang mengandung banyak protein dan sel darah putih yang telah mati. Nanah berwarna putih kekuningan (Craft, 2012; James WD, Berger TG, Elston DM, 2016).

b. Etiologi

Abses pada umumnya disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*, walaupun bisa disebabkan oleh bakteri lain, parasite, atau benda asing (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019)

c. Patogenesis

Abses biasanya terjadi pada infeksi folikulosentris, yaitu folikulitis, furunkel, dan karbunkel yang berkembang menjadi abses. Abses juga bisaterjadi di lokasi trauma, benda asing, luka bakar, atau tempat penyisipankateter intravena. Abses terjadi karena reaksi pertahanan tubuh dari jaringan untuk menghindari penyebaran infeksi dalam tubuh.

Agen penyebab infeksi menyebabkan peradangan dan infeksi sel di sekitarnya sehingga menyebabkan pengeluaran toksin. Toksin tersebut menyebabkan sel radang, sel darah putih menuju tempat peradangan atau infeksi. Terbentuk dinding abses untuk mencegah infeksi meluas ke bagian tubuh lain. Namun, enkapsulasi tersebut mencegah sel imun untuk menyerang agen penyebab infeksi di dalam abses (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019)

d. Manifestasi Klinis

Daerah peradangan dapat di berbagai bagian tubuh. Abses dapat muncul di permukaan kulit. Namun, abses juga dapat muncul di jaringan dalam atau organ, misal hati dan usus. Lesi awal abses di kulit berupa nodul eritematosa. Jika tidak diobati, lesi sering membesar, dengan pembentukan rongga berisi nanah. Community-associated Methicilline

Resistant *Staphylococcus aureus* (CA-MRSA) harus dicurigai pada semua pasien dengan abses. Gejala simtomatis berupa nodul kemerahan, nyeri, hangat, dan bengkak (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019).

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada abses terdiri atas (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019) :

- 1) leukositosis bisa terjadi terutama saat kondisi akut;
- 2) pemeriksaan Gram dari pus menunjukkan kumpulan kokus Gram positif;
- 3) kultur didapatkan pertumbuhan *S. aureus*; dan
- 4) ultrasonografi bisa dilakukan jika diagnosis klinis meragukan.

f. Diagnosis

Diagnosis abses berdasarkan gejala klinis. Jika meragukan bisa dibantu dengan pemeriksaan ultrasonografi (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019).

g. Diagnosis Banding

Diagnosis banding abses meliputi selulitis, kista sebaceus, necrotizing fasciitis (Marx, 2014 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019)

h. Terapi

Perawatan awal dan yang paling penting dari abses adalah insisi dan drainase. Penggunaan antibiotik setelah insisi dan drainase hanya dianjurkan jika lesi parah atau berhubungan dengan selulitis, ada

tanda-tanda penyakit sistemik, ada faktor komorbiditas atau penurunan kekebalan, pasien sangat muda atau sangat tua, abses berada di lokasi tubuh yang sulit untuk dikeringkan, ada kaitan dengan septic phlebitis, atau tidak ada respons terhadap insisi dan drainase (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019).

Antibiotik yang bisa digunakan untuk terapi abses adalah:

- 1) Dicloxacillin 250–500 sehari;
- 2) Clindamycin 300–450 mg 3 kali sehari;
- 3) Doxycycline 100 mg 2 kali sehari;
- 4) Minocycline 50–100 mg dua kali sehari; dan
- 5) Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMX-SMX) 160/800 mg peroral dua kali.

i. Komplikasi

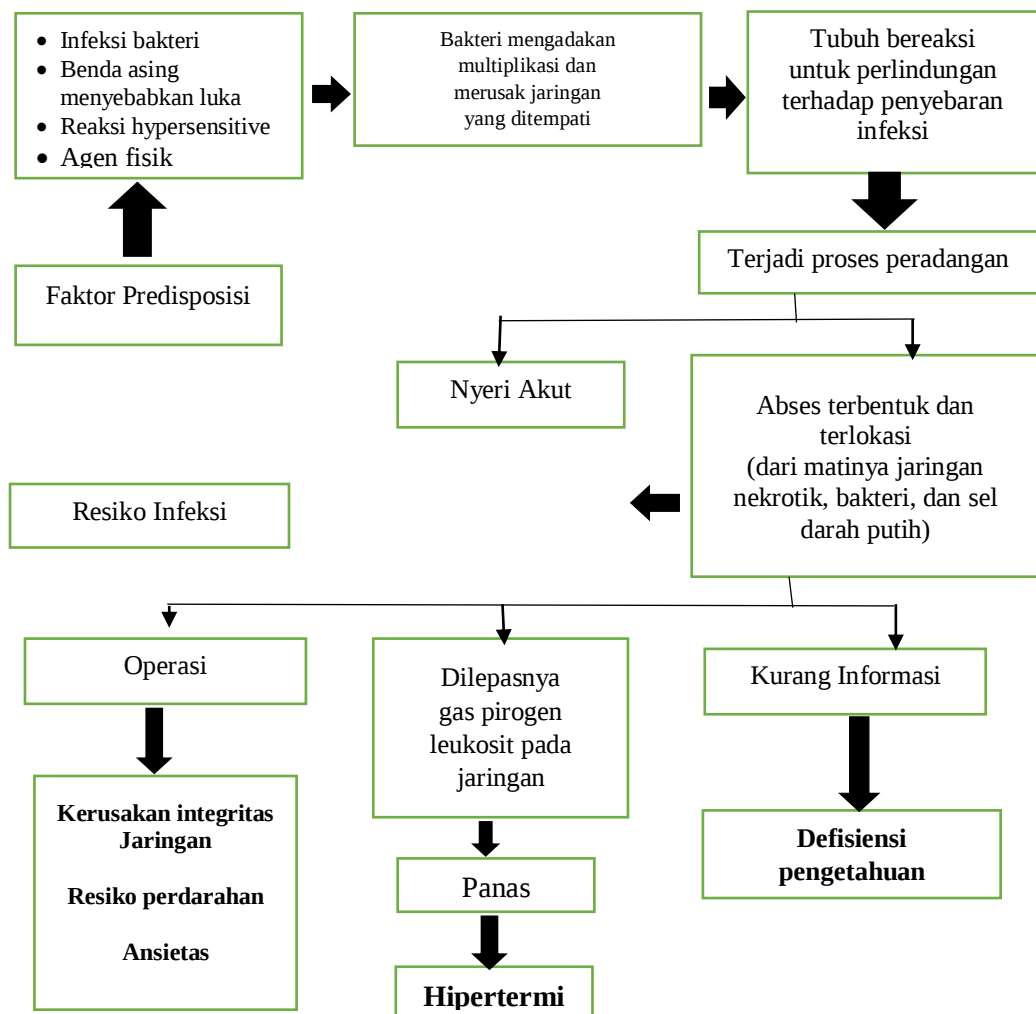
Jika infeksi bisa terlokalisir oleh dinding abses, biasanya infeksi tidak menyebar. Dalam beberapa kasus, infeksi yang dimulai di dalam abses kulit dapat menyebar ke jaringan di sekitarnya dan di seluruh tubuh, yang menyebabkan komplikasi serius. Beberapa abses baru dapat terbentuk pada sendi atau lokasi lain di kulit. Jaringan kulit dapat mati akibat infeksi, yang menyebabkan gangrene. Ketika infeksi menyebar secara internal di dalam tubuh dapat menyebabkan endokarditis yang berakibat fatal jika tidak ditangani sejak dini. Infeksi juga bisa menyebar ke tulang menyebabkan osteomielitis. Dalam

beberapa kasus, bakteri penyebab abses dapat menyebabkan sepsis (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019).

j. Prognosis dan Komplikasi

Beberapa abses bisa menyembuh ketika pecah dan nanah mengering. Tetapi, sebagian besar abses memerlukan pengobatan dan intervensi berupa tusukan jarum (pungsi) bahkan insisi atau operasi (Craft, 2012 dalam Afif Nurul Hidayati, 2019).

k. Pathway Abses



Gambar 2. Pathway Abses
Sumber: A. Nurarif, 2015

3. Debridement

a. Definisi

Debridement adalah suatu proses usaha menghilangkan jaringan nekrotik atau jaringan nonvital dan jaringan yang sangat terkontaminasi dari bed luka dengan mempertahankan secara maksimal struktur anatomi yang penting seperti syaraf, pembuluh darah, tendon dan tulang (Rehatta, 2020)

Debridement dilakukan pada luka akut maupun pada luka kronis. Setelah luka dibersihkan dari jaringan nekrotik, eksudat dan waste metabolic diharapkan akan memperbaiki dan mempermudah proses penyembuhan luka. Timbunan jaringan nekrotik biasanya terjadi akibat suplai darah pada luka atau dari peningkatan tekanan interstitial (Rehatta, 2020). Dari hasil studi didapatkan secara statistic bermakna bahwa ada peningkatan penyembuhan luka setelah debridement dibandingkan tanpa debridement pada kasus ulkus vena(Rehatta, 2020).

b. Tujuan

Tujuan dasar debridement adalah mengurangi kontaminasi pada luka untuk mengontrol dan mencegah infeksi. Jika jaringan nekrotik tidak dihilangkan akan berakibat tidak hanya menghalangi penyembuhan luka tetapi juga dapat terjadi kehilangan protein, osteomyelitis, inefeksi sistemik dan kemungkinan terjadi sepsis, amputasi tungkai atau kematian. Setelah debridement membuang

jaringan nekrotik akan terjadi perbaikan sirkulasi dan terpenuhi pengangkutan oksigen yang adekuat ke luka (Rehatta, 2020).

Banyak tindakan rekontruksi pasca trauma dan infeksi mengalami kegagalan lebih disebabkan karena tidak adekuatnya debridement dibandingkan dengan kegagalan teknik rekontruksi (Rehatta, 2020).

c. Sejarah

Ambrose Pare (1509-1590) pertama kali memperkenalkan bahwa membuang jaringan nonvital penting pada penyembuhan luka. Istilah debridement pertama kali digunakan oleh Desault (1744-1795) di Hotel Dieu in Paris saat menjelaskan tentang upaya pembedahan untuk membuang debris dari luka terbuka (Rehatta, 2020).

Debridement merupakan upaya untuk mempercepat penyembuhan luka dimana luka yang mengandung jaringan nekrotik akan lama sembuhnya. Jaringan nekrotik akan menjadi tempat koloni bakteri dan menimbulkan bau yang tidak enak (Rehatta, 2020). Istilah debridement sangat erat kaitanya dengan pembedahan, sehingga seolah-olah tindakan debridement merupakan tindakan bedah saja. Sejak berkembangnya konsep preparasi bed luka secara luas dimana debridement merupakan bagian penting disamping control bakteri dan pengelolaan eksudat. Mulai banyak dikenal beberapa teknik debridement yang sebenarnya sudah cukup lama dilakukan.

d. Jenis

Teknik debridement selain pembedahan dapat dibagi mulai dari yang kurang invasive sampai dengan yang paling invasive dimana irigasi merupakan tindakan yang paling sedikit mencederai jaringan serta pembedahan merupakan prosedur yang paling ablative(Rehatta, 2020).

Teknik debridement dibedakan menjadi

1) Surgical debridement

Adalah tindakan menggunakan scalpel, gunting, kuret atau instrument lain disertai irigasi untuk membuang jaringan nekrotik dari luka. Teknik ini merupakan cara debridement yang paling cepat dan paling efisien. *Sharp debridement* adalah bagian dari pembedahan dimana tindakanya kurang invasive dan secara rutin bisa dikerjakan ditempat tidur perawatan dengan segala keterbatasanya sedangkan *surgical debridement* dilakukan di kamar operasi. Tanpa debridement proses penyembuhan luka tidak dapat dimulai membuang jaringan nonvital merupakan syarat mutlak yang harus dipenuhi untuk kesuksesan pengelolaan luka. Pada luka akut sebelum membuang jaringan nonvital perlu dilakukan penilaian tes vitalitas jaringan. Dilakukan *split thickness skin excision* (STSE) yang berfungsi diagnostic maupun terapi. Tindakan ini menentukan batas jaringan yang akan dibuang,

sekaligus jika diperlukan kulit hasil STSE dapat digunakan untuk menutup luka sebagai *skin graft*.

Gol dari *surgical debridement* adalah eksisi luka sampai jaringan normal, lunak, vaskularisasi baik. Disarankan debridement tidak menggunakan tourniquet untuk menilai kualitas perdarahan dari tepi dan permukaan luka. Perdarahan biasanya dapat dihentikan dengan melakukan penekanan ringan dengan atau tanpa topical koagula. Kauter yang halus ligase mungkin diperlukan. Pada luka akut jaringan yang masih diragukan vitalitasnya dan terdapat benda asing harus dibuang. Pada luka kronik diupayakan dapat berubah menjadi luka akut supaya dapat berlangsung proses penyembuhan luka yang normal. *Surgical debridement* yang tidak adekuat terjadi akibat adanya kekhawatiran ahli bedah untuk menutup atau merekonstruksi defek yang akan timbul (Attinger dalam Rehatta, 2020).

2) Autolytic debridement (invivo enzymes self digest devitaized tissue)

Merupakan suatu proses usaha tubuh untuk melakukan pembuangan jaringan mati. Didalam luka akan muncul enzim yang berefek mencairkan suasana luka supaya tetap lembab menggunakan penutup luka yang dapat mempertahankan kelembaban luka. Dalam suasana lembab tubuh mampu membersihkan jaringan nonvital. Produk yang dapat

mempertahankan suasana lembab dan menjadikan autolytic debridement berhasil hydrocolloid, transparent film dan hydrogel. Penggunaan pembalutan lembab interaktif seperti hydrogel, hydrocolloid dll, akan mengoptimalkan suasana untuk debridement oleh sel fagosit dan membuat suasana yang mampu melisiskan jaringan serta timbulnya jaringan granulasi (Ayello dalam Rehatta, 2020).

3) Enzymatic debridement

Merupakan suatu teknik debridement menggunakan topical ointment. Pemakaian pertama enzim secara luas untuk debridement sekitar tahun 1975, digunakan untuk melepas sechar pada luka bakar, enzim tersebut alah *Soutilens bacteria* (Travase). Topical ointment yang populer saat ini adalah kolagenase (Santyl) yang telah dilakukan studi dan telah dipakai secara luas. Enzim kolagenase adalah hasil fermentasi dari *Clostridium histolyticum* yang mempunyai kemampuan unik mencerna kolagen dalam jaringan nekrotik. Kolagenase dapat membersihkan luka dari jaringan mati dan menjadikan bed luka siap untuk penyembuhan. Enzim kolagenase teruama efektif untuk luka ulkus kronis seperti *pressure ulcers, arterial ulcers, venous ulcers, diabetes ulcers* dan juga untuk luka bakar. Saat ini telah dikembangkan penggunaan enzymatic debridement menggunakan bromelain dari ekstrak nanas

yang terbukti cukup efektif dalam melakukan pengangkatan eschar pada luka bakar.

4) Mechanical debridement

Disebut juga *gauze debridement*, prinsip kerjanya adalah *wet to dry dressing*. Luka ditutup dengan kasa yang telah dibasahi normal saline, setelah kering kasa akan melekat dengan jaringan yang mati. Saat mengganti balut jaringan mati akan ikut terbang. Tindakan ini dilakukan berulang 2 sampai 6 kali sehari. Biasanya tindakan ini sebagai pelengkap *surgical debridement*. Prosedur ini membuat tidak nyaman bagi penderita saat mengganti balutan, merusak jaringan granulasi baru, merusak epitel yang masih fragile dan potensial timbul maserasi di sekitar luka. Termasuk dalam metode *mechanical debridement* ini adalah *hydrotherapy* (*whirlpool debridement*) dan irigasi (*pulsed lavage debridement*).

5) Biological debridement

Merupakan terapi upaya debridement secara biological menggunakan larva disebut sebagai *Maggot debridement Therapy* (MDT). Larva yang digunakan *Phaenicia sericata* (*green blow fly*) digunakan pertama kali tahun 1931 dan mulai sukses digunakan sebagai sejak perang dunia kedua. Prosedur ini dapat membersihkan jaringan nekrotik, desinfeksi membunuh bakteri dan stimulasi penyembuhan luka. Pada tahun 1995 telah dilakukan

sebanyak 40.000 treatment dan digunakan dilebih dari 1300 senter (Rehatta, 2020).

Memilih debridement yang sesuai: (Rehatta, 2020)

Tabel 1
Memilih debridement Yang Sesuai

Faktor yang dipertimbangkan	Surgical	Enzymmatic	Autolytic	Mechanical
Kecepatan	1	2	4	3
Selektivitas	2	1	3	4
Nyeri	4	2	1	3
Eksudat	1	4	3	2
Infeksi	1	3	4	2
Biaya	4	2	1	3

Kategori pilihan= 1 (pilihan utama) ---- 4 (Kurang dipilih)

B. Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi terapi relaksasi nafas dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan caramemejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalampada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasandengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadipeningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapatdilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapinonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapatmengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi(Masnina, R. & Setyawan, 2018).

2. Tujuan terapi relaksasi nafas dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolarmaksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Brunner & Suddarth, 2013).

3. Manfaat terapi relaksasi nafas dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

4. Pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri

Relaksasi nafas dalam adalah tindakan yang disadari untuk mengatur pernafasan secara dalam yang dilakukan oleh korteks serebri, sedangkan pernafasan spontan dilakukan oleh medulla oblongata. Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengurangi frekuensi bernapas 16-19 kali dalam satu menit menjadi 6-10 kali dalam satu menit. Relaksasi nafas

dalam akan merangsang munculnya oksida nitrit yang akan memasuki paru-paru bahkan pusat otak yang berfungsi membuat orang menjadi lebih tenang sehingga tekanan darah yang dalam keadaan tinggi akan menurun (Wardani, 2015).

5. Prosedur tindakan terapi relaksasi nafas dalam

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam menurut Wardani (2015) sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- j. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Klien Dengan Post Operasi Debridement

a) Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggalipermasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, Arif & Sari, 2020).

Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data(informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien padarekam medic. Terdapat dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining danpengkajian mendalam. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulandata, dan mungkin yang paling mudah untuk diselesaikan. Pengkajian mendalam yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untukmenentukan normal atau abnormal atau jika itu merupakan risiko (kerentanan)maka perlu pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokusmasalah atau risiko. Pegkajian skrining dilakukan untuk menentukan apabila keadaan tersebut normal atau abnormal, jika beberapa data ditafsirkan abnormal maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk mendapatkan diagnose yang akurat (A. Nurarif, 2015)

Pengkajian pasca anastesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan darikamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada jiwa pasien (Muttaqin, Arif & Sari, 2020)

- 1) Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan,
- 2) kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 3) Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 4) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 5) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 6) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 7) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 8) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- 9) Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 10) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

b) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian yang dirumuskan atas dasar interpretasi data yang tersedia. diagnosis keperawatan dapat dikomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya, dimana perawatan yang diberikan perawat kepada pasien berfokus pada kebutuhan individual pasien. Sebuah diagnosis

keperawatan dapat berupa masalah kesehatan yang bersifat aktual yang secara klinis jelas dan potensial dimana factor-faktor resiko dapat mengancam kesehatan pasien secara umum (Dinarti, & Muryanti, 2017).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negative dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisisakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akanmengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan,pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis actual dandiagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehatdan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat ata optimal. Diagnosis ini disebutjuga diagnosis prmosi kesehatan(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah(Problem) dengan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti darirespons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Adapunindikator diagnostiknya terdiri dari penyebab (Etiology), tanda (Sign) dan gejala(Symptom) serta faktor risiko. Proses penegakkan diagnosis keperawatan terdiridari tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam asuhan keperawatan pada postoperasi debridement dan amputasi adalah hipotermi yang merupakan suatukeadaan suhu tubuh dibawah rentang normal, dengan faktor penyebab yaitu suhu ruangan yang rendah serta dengan

tanda gejala pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin dan suhu tubuh dibawah nilai normal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

a. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141)

Tabel 2
Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Hipotermia

Definisi
Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36 derajat Celcius secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.
Faktor Resiko
1) Prosedur pembedahan
2) Kombinasi anastesi regional dan umum
3) Skor American Society of Anesthesiologist (ASA) >1
4) Suhu pra-operasi rendah (<36°C)
5) Berat badan rendah
6) Neuropati diabetik
7) Komplikasi kardiovaskuler
8) Suhu lingkungan rendah
9) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan)
Kondisi Klinis Terkait
1) Tindakan pembedahan

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi) (D.0077)

Tabel 3
Standar Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Definisi
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 3 bulan.
Penyebab
1) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, 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)
Gejala dan Tanda Mayor
Subjektif
Objektif:

• Mengeluh nyeri	• Tampak meringis • Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif: • Tekanan darah meningkat • pola napas berubah • nafsu makan berubah • proses berpikir terganggu • Menarik diri • Berfokus pada diri sendiri • Diaforesis

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

c. Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)

Tabel 4
Standar Diagnosa Keperawatan Nausea

Definisi
Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.
Penyebab
1) Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik) 2) Gangguan pada esophagus 3) distensi lambung 4) Iritasi lambung 5) Gangguan pankreas 6) Peregangan kapsul limpa 7) Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak) 8) peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intraabdomen) 9) Peningkatan tekanan intracranial 10) Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma) 11) Mabuk perjalanan 12) Kehamilan 13) Aroma tidak sedap 14) Rasa makanan/minuman yang tidak enak 15) Stimulus penglihatan tidak menyenangkan 16) Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres)

-
- 17) Efek agen farmakologis
 18) Efek toksin

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- Mengeluh mual
- Merasa ingin muntah
- Tidak berminat makan

Objektif:

(tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- Merasa asam di mulut
- Sensasi panas/dingin
- Sering menelan

Objektif:

- Saliva meningkat
 - Pucat
 - Diaforesis
 - Takikardia
 - Pupil dilatasi
-

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- d. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

Tabel 5
Standar Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

Definisi

Berisiko mengalami peningkatan teresang organisme patogenik.

Faktor Resiko

- 1) Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).
 - 2) Efek prosedur invasi.
 - 3) Malnutrisi.
 - 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
 - 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a) Gangguan peristaltik,
 - b) Kerusakan integritas kulit,
 - c) Perubahan sekresi pH,
 - d) Penurunan kerja siliaris,
 - e) Ketuban pecah lama,
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya,
 - g) Merokok,
 - h) statis cairan tubuh.
 - 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
 - a) Penurunan hemoglobin,
 - b) Imunosupresi,
 - c) Leukopenia,
 - d) Supresi respon inflamasi,
 - e) Vaksinasi tidak adekuat.
-

Kondisi Klinis Terkait

- 1) AIDS.
- 2) Luka bakar.
- 3) Penyakit paru obstruktif.
- 4) Diabetes melitus.
- 5) Tindakan invasi.
- 6) Kondisi penggunaan terapi steroid.
- 7) Penyalahgunaan obat.
- 8) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).
- 9) Kanker.
- 10) Gagal ginjal.
- 11) Imunosupresi.
- 12) Lymphedema.
- 13) Leukositopenia.
- 14) Gangguan fungsi hati.

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- e. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi)
(D.0129)

Tabel 6
Standar Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligament

Penyebab

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kelebihan/kekurangan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembaban
- 10) Proses penuaan
- 11) neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi
- 13) Perubahan hormonal
- 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif: • Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif: • Nyeri • Perdarahan • Kemerahan • Hermatoma
Kondisi Klinis Terkait	
1) Imobilisasi 2) Gagal jantung kongestif 3) Gagal ginjal 4) Diabetes mellitus 5) Imunodefisiensi (mis.AIDS)	
<i>Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)</i>	

c) Rencana Asuhan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. Luaran (Outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Hasil akhir intervensi keperawatan terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif dan luaran negatif. Luaran positif

menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan memiliki tiga komponen diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi). Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi

keperawatan. Label terdiri atas satuatau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 7
Perencanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Debridement

Diagnosa Keperawatan	Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
ResikoHipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: Luaran Utama: • Termoregulasi • Menggigil menurun • Kulit memerah menurun • Kejang menurun • Akrosianosis menurun • Konsumsi oksigen menurun • Vasokonstriksi perifer menurun • Kutis memerah menurun • Pucat menurun • Takikardia menurun • Takipnea menurun • Bradikardi menurun • Dasar kuku sianosis menurun	Manajemen hipotermi: a) Observasi: • Monitor suhu tubuh • Identifikasi penyebab hipotermia • Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia b) Terapeutik • Sediakan lingkungan yang hangat • Ganti pakaian dan tau linen yang basah • Lakukan penghangatan pasif • Lakukan penghangatan aktif eksternal • Lakukan penghangatan aktif internal c) Edukasi: • Anjurkan makan/minum hangat

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi) (D.0077)	• Hipoksia menurun • Suhu tubuh memb Tingkat nyeri menurun Dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Tidak bersikap protektif • Tidak gelisah • Kesulitan tidur menurun • Frekuensi nadi membaik • Melaporkan nyeri terkontrol • Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat • Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat • Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat	Manajemen nyeri a) Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik b) Terapeutik : • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin). • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur) c) Edukasi : Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri E. d) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik
---	---	--

Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)	Label: Kontrol mual Kriteria hasil: • Nafsu makan meningkat • Keluhan mual menurun • Perasaan ingin muntah menurun • Sensasi panas menurun • Sensasi dingin menurun • Frekuensi menelan menurun • Diaphoresis menurun • Jumlah saliva menurun • Pucat membaik • Takikardi membaik • Dilatasi pupil membaik	a) Observasi • Identifikasi pengalaman mual • Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran dan tidur) • Identifikasi faktor penyebab mual (misalnya pengobatan dan prosedur) • Monitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) • Monitor asupan nutrisi b) Terapeutik • Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misalnya bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) • Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (misalnya kecemasan, ketakutan, kelelahan) • Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik • Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna • Ajarkan penggunaan tehnik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya: biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) c) Edukasi • Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup • Anjurkan sering memebersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual • Anjurkan makan makanan tinggi karbohidrat dan
---	--	---

Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil: • Demam menurun • Kemerahan menurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Vesikel menurun • Cairan berbau busuk menurun • Letargi • Kebersihan tangan meningkat • Kebersihan badan meningkat • Kadar sel darah putih membaik • Kultur area luka membaik • Kadar sel darah putih	rendah lemak • Anjurkan menggunakan tehnik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (misalnya: biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi musik dan akupresur) d) Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu a) Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik b) Terapeutik • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi c) Edukasi : • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan d) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	---	--

Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi) (D.0129)	membaik Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas Jaringan meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan integritas jaringan menurun • Nyeri menurun • Perdarahan menurun • Kemerahan menurun • Hematoma menurun	a) Observasi • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) b) Terapeutik • Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring • Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika Perlu • Gunakan produk berbahan petroleum dan minyak pada kulit kering • Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering c) Edukasi • Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum) • Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur • Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem • Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya Perawatan Luka a) Observasi • Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi b) Terapeutik
---	---	---

-
- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
 - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 - Bersihkan jaringan nekrotik
 - Pasang balutan sesuai jenis luka
 - Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka
 - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- c) Edukasi
- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
-

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

d) Implementasi

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus didokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor diagnosis, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti, & Muryanti, 2017).

e) Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Tarwoto dan Wartonah, 2015). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar, 2012).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn.A

Tempat Tanggal Lahir: Waropen, 17 Mei 1973

Umur : 47 tahun

Agama : Kristen Protestan

Status Perkawinan : Kawin

Pendidikan : SMA

Alamat : Jl. Kesehatan Abepura

Pekerjaan : PNS

Jenis Kelamin : Laki-laki

Diagnosa Medis : Post Op Debridement atas indikasi Abses Punggung

Tanggal Masuk RS : 12 September 2021

Tanggal Pengkajian : 14 September 2021

No. Medrec : 573703

2. Identitas Penanggung Jawab :

Nama : Ny. L

Umur : 39 tahun

Alamat : Jl. Kesehatan Abepura

Hubungan Dengan Pasien: Istri

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada punggungnya. Pasien mengatakan nyeri dirasakan akibat luka operasi yang berada di punggung bertambah nyeri saat bergerak. Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk, nyeri di punggung dengan skala nyeri 5 dan dirasakan terus menerus

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang di IGD pada tanggal 12 September 2021 dengan keluhan pada punggung terdapat benjolan kurang lebih selama 4 bulan sebelum masuk rumah sakit, semakin membesar sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit.

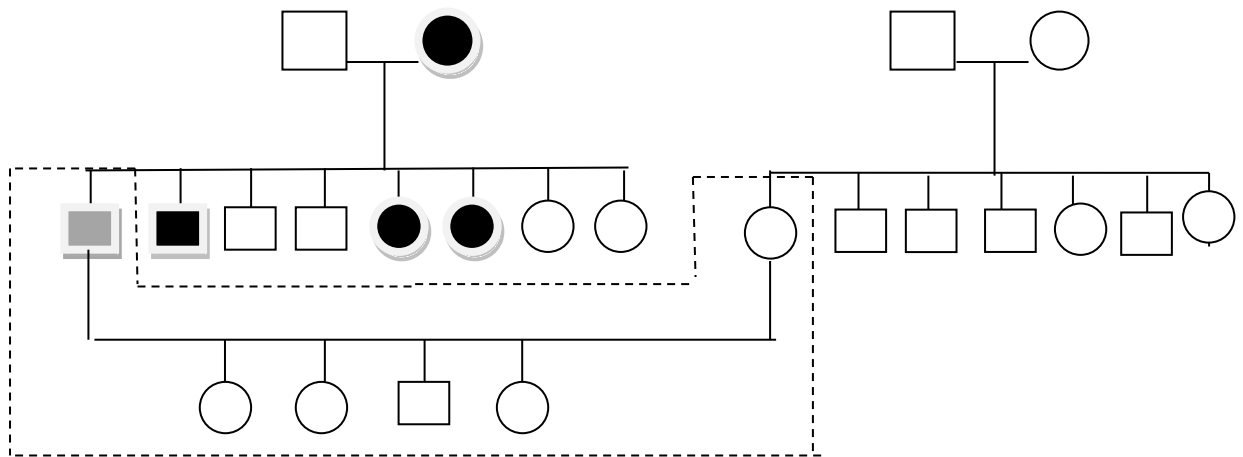
c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit. Dan baru pertama kali dirawat di rumah sakit karena penyakitnya ini

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang sama yang diderita pasien saat ini.

e. Genogram



Keterangan:



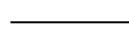
: Laki-laki



: Perempuan



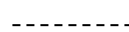
: Klien



: Garis keturunan



: Menikah



: Tinggal serumah



: Meninggal

Penjelasan: Klien adalah anak pertama dari 8 bersaudara, 3 saudara klien sudah meninggal yang tersisa tinggal 5 bersaudara dengan klien. ibu klien sudah meninggal sedangkan ayah klien masih hidup. Klien menikah dengan seorang perempuan dan dikaruniahi 4 orang anak, 3 anak perempuan dan satu anak laki-laki yang bungsu. Istri klien adalah

anak terakhir dari lima bersaudara, tetapi kedua orang tua Klien tinggal serumah dengan istri dan kedua anak perempuannya.

4. Data Psikososial

Pasien mau diajak berkomunikasi perawat, pasien dapat menceritakan dan mau menjelaskan keadaannya kepada perawat. Apabila ditanya oleh perawat pasien menjawab dengan nada lebih tinggi dari perawat. Pasien terkadang suka marah marah sendiri atau mengomeli istri. Terkadang pasien juga mengomeli perawat apabila terlalu lama, dan dalam melakukan tindakan pasien merasa kesakitan.

Pola komunikasi pasien baik. Berkomunikasi dengan perawat menggunakan Bahasa Indonesia. Orientasi pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mampu mengingat kejadian awal pasien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah karena tidak suka berada di rumah sakit. Pasien mengetahui tentang penyakitnya. Pola komunikasi pasien menggunakan bahasa Indonesia.

5. Data Spiritual

Pasien beragama Kristen protestan, pasien melakukan ibadah dengan rutin sesuai dengan agamanya, dan pasien percaya bahwa sakit yang dideritanya merupakan salah satu cobaan dari Tuhan dan pasien percaya penyakitnya dapat disembuhkan.

6. Pengkajian Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan apabila sakit berobat ke Rumah sakit terdekat dan apabila tidak ada perubahan pasien menggunakan pengobatan tradisional.

b. Pola tidur dan aktivitas

Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan tidur jam 20:00 atau jam 20:30 dan bangun pada pukul 06:00. Selama dirumah sakit pasien tidur pukul 20:00 dan bangun pukul 05:30 WIT. Pasien mengatakan saat malam hari tidurnya tidak terganggu, pasien mengatakan bahwa ia mudah tertidur.

c. Pola Nutrisi

Di rumah, pasien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, sayur, dan lauk sejumlah 1 porsi sedang sekali makan, dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam hari. Saat di rumah, pasien memiliki kebiasaan minum sejumlah $\pm$ 1500 ml, minuman yang diminum oleh pasien berupa air putih pasien minum saat haus, bersantai, dan selesai makan.

Di rumah sakit, saat dikaji pasien minum sama yaitu 1500 ml, minuman yang diminum pasien yaitu air putih saja. Pasien tidak memiliki alergi makanan atau minuman apapun. Pasien tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan, Pasien tidak ada mual dan muntah

d. Pola Eliminasi

Saat dirumah, pasien memiliki kebiasaan buang air besar 1 kali sehari, selain itu selama dirumah pasien memiliki kebiasaan buang air kecil 6-7 kali dalam sehari. Selama dirawat dirumah sakit, pasien buang air besar 1 x/hari dan buang air kecil sebanyak 6-7 x/hari

e. Aktivitas dan Latihan

Tabel 8
Pola Aktivitas dan Latihan

No.	Aktivitas dan Latihan	Skoring				
		0	1	2	3	4
1	Makan/minum	V				
2	Toileting			V		
3	Berpakaian			V		
4	Mobilitas di tempat tidur	V				
5	Berpindah	V				
6	ROM	V				

Ket : 0 = mandiri, 1 = dengan alat bantu, 2 = dibantu orang lain, 3 = dibantu orang lain dan alat, 4 = tergantung total.

f. Pola personal Hygiene

Saat di rumah pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 3 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali atau ketika kuku panjang pasien langsung memotongnya. Di rumah sakit, pasien hanya diseka oleh istrinya 2 kali sehari, klien menggosok gigi 1 kali sehari, dan belum ada memotong kuku selama dirawat dirumah sakit

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : tampak sakit sedang

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS :E: 4 V : 5 M : 6

b. Tanda vital:

TD : 130/90 mmHg

S : 36°C

N : 78x/menit

RR : 20x/menit

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1) Kepala dan Rambut

Bentuk kepala pasien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala pasien, kulit kepala pasien bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut beberapa telah beruban, struktur wajah lengkap dan simetris, warna kulit hitam.

2) Mata

Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, klien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, tekanan bola mata sama kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada mata.

3) Hidung

Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, tidak ada masalah pada tulang hidung dan septum nasi.

4) Telinga

Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, ketegangannya tidak dilakukan pemeriksaan, tidak ada benda asing dan lubang dalam telinga bersih, pasien dapat mendengar suara gesekan jari.

5) Mulut dan Faring

Tidak ada sianosis, tidak ada luka, tidak ada labioschisis (bibir sumbing) pada bibir, gigi lengkap, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembengkakan gusi, tidak ada tanda peradangan pada orofaring.

6) Leher

Posisi trakea simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, suara klien jelas, dan denyut nadi karotis teraba kuat.

d. Pemeriksaan Thoraks / dada

1) Pemeriksaan Paru-paru

Bentuk thorak simetris (normal chest), tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan. Pada pemeriksaan vocal premitus getaran paru kanan dan kiri sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, intensitas dan kualitas suara ucapan sama di kiri dan kanan, tidak ada suara nafas tambahan.

2) Pemeriksaan Jantung

Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS II

sterna kanan dan ICS II sterna kiri suara perkusi redup , pinggang jantung terletak di ICS IV sterna kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup, irama regular, intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan. Tidak ada bising atau murmur, frekuensi denyut jantung 76 x/menit.

e. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada bayangan pembuluh darah, bising usus klien 8 x/menit, tidak ada pembesaran pada hepar dan lien. Pada titik Mc. Barney, tidak ditemukan nyeri tekan. Suara abdomen timpani.

f. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Otot simetris kanan dan kiri, tidak terdapat oedema pada ekstremitas kanan dan kiri atas dan bawah. pada pemeriksaan kekuatan otot kanan dan kiri sama.

5		5
5		5

g. Pemeriksaan Integumen

Kulit pasien bersih, , warna kulit putih langsung, CRT ≤ 3 detik. Turgor kulit elastis. Akral terasa dingin. Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat

bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban.

h. Pemeriksaan Punggung

Tampak adanya luka insisi post operasi pada bagian punggung (Kiri), luka terbalut kassa kering. Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. Pasien nampak gelisah.

i. Pemeriksaan Neurologis

Tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) klien E4M6V4. Pada pemeriksaan tanda rangsangan otak (meningeal sign), tidak ditemukan kaku kuduk dan laseque pada pasien. Pada pemeriksaan saraf otak, nervus I pasien dapat membedakan bau –bauan, pada nervus II pasien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, pada nervus III pasien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping, pada nervus IV pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya, pada nervus V pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, pada nervus VI pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, pada nervus VII pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, pada nervus VIII pasien dapat mendengar gesekan jari, pada nervus IX uvula pasien berada ditengah dan simetris, pada nervus X pasien dapat menelan, pada nervus XI klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, pada nervus XII pasien dapat menggerakkan lidah. Pada fungsi motorik pasien, gerakan klien terkoordinasi dan pasien dapat menggerakkan kaki secara aktif tetapi

harus pelanpelan karena terkadang nyeri timbul. Pada fungsi sensorik, pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, didapatkan pada saat pemeriksaan nervus ke lima. Pada pemeriksaan reflek fisiologis, ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kiri pasien saat dilakukan pemeriksaan reflek bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan reflek trisep, pada tangan kanan juga sama. Pada pemeriksaan reflek patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kiri, begitu pula dengan kaki kanan.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 9
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. A
Pada Tanggal 10 Maret 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<u>HEMATOLOGI</u>			
WBC	5	4-10	/mm ³
RBC	6.5	4.0-5.50	Juta/uL
HGB	12.5	12.00-16.00	g/%
HCT	40	32-54	vol%
MCV	88	80-100	fl
MCH	30	27-34	fl
MCHC	35	32-36	pg
PLT	300	150-450	sel/mm ³
Lymfosit%	30	20-40	%
Monosit%	5	3-12	%
Neutrofil%	60	50-70	%
<u>PAKET OPERASI</u>			
Golongan Darah	O		
Masa Pembekuan (CT)	5	6-14	Menit
Masa Perdarahan (BT)	2	1-6	Menit
HBs Ag	Neg	Neg<1.00: Pos>1.00	

<u>KIMIA</u>			
SGOT	23	20-40	MG/DL
SGPT	30	10-40	MG/DL
Ureum	10,5	10.7-42.8	mg/dl
Creatinin	0,9	<=1.2	mg/dl
Glukosa Darah Sewaktu	88	70-120	mg/dl

B. Klasifikasi Data

Tabel 10
Klasifikasi Data

Data Subyektif	Data Obyektif
a. Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada pada punggungnya.	a. Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.
b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan akibat luka operasi yang berada di punggung bertambah nyeri saat bergerak	b. Pasien nampak gelisah
c. Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk	c. Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement.
d. Nyeri di punggung	d. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban
e. Skala nyeri 5	e. Tanda vital:
f. Nyeri dirasakan terus menerus	TD: 130/90
	N: 78 x/menit
	R: 20x/menit
	S: 36 C.

C. Analisa Data

Tabel 11
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS: - Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada punggungnya. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan akibat luka operasi yang berada di punggungbertambah nyeri saat bergerak - Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk - Nyeri di punggung - Skala nyeri 5 - Nyeri dirasakan terus menerus DO: f. Pasien nampak gelisah g. Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. h. Tanda vital: TD: 130/90 N: 78 x/menit R: 20x/menit S: 36 C.	Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)	Nyeri Akut
2.	DO: - Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. - Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban	Faktor elektriselektrodi atermi	Gangguan integritas jaringan

3.	DO:	Factor Resiko:	Resiko infeksi
	• Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. • Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban	Efek Prosedur Invasif	

D. Diagnosa Keperawatan

Tabel 12
Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal		Diagnosa Keperawatan
1.	12	September 2021	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)
2.	12	September 2021	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektriselektrodiatermi
3.	12	September 2021	Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasive

E. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 13
Asuhan Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
12 September 2021	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Tidak bersikap protektif • Tidak gelisah • Melaporkan nyeri terkontrol • Kemampuan	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Jam 07.30 WIT 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan karena luka operasi yang berada di punggung, skala 5, nyeri terasa menusuk dan dirasakan terus menerus.	S: • Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak, dan berkurang setelah diberikan analgetik • Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk • Nyeri pada luka operasi debridement di punggung. • Skala nyeri 5

mengenal onset nyeri meningkat • Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat	2. Identifikasi respon nyeri non verbal	Jam 07.35 WIT 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Ekspresi wajah pasien tampak meringis, pasien tampak menghindari nyeri.	• Nyeri dirasakan terus menerus. O: • Ekspresi wajah pasien tampak meringis menahan sakit. • Pasien tampak menghindari nyeri.
	3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam	Jam 07.40 WIT 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam Hasil:	• Pasien tampak gelisah. • Pasien dapat melakukan teknik nafas alam dengan baik.
		4. Memberikan teknik non farmakologis untuk	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi:
			1. Identifikasi lokasi,

	4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam Hasil: Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar dan menyatakan nyeri berkurang.	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam
	5. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	Jam 08.00 WIT 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: suhu ruangan telah diatur sesuai dengan kenyamanan pasien.	4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. Berikan terapi analgetik

			6. Kolaborasi pemberian analgetik	Jam 08.10 WIT 6. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Jam 12.00WIT 7. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik Hasil: Injeksi ketorolac 30mg/IV telah diberikan		
12 September 2021	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektriselektrodiatermi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1. Lakukan pemijatan pada area sekitar	Jam 09.00 WIT 1. Melakukan pemijatan pada area sekitar luka	S: • Pasien mengatakan merasa nyaman	

selama 3 x 24 jam, maka Integritas Jaringan meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan integritas jaringan menurun • Nyeri menurun • Tak tampak prdarahan pada luka post operasi • Tak tampak kemerahan pada daerah luka operasi.	luka operasi	operasi. Hasil: Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan pemijatan. Jam 09.10 WIT 2. Menganjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum) Hasil: Pasien mengatakan akan menggunakan pelembab. Jam 09.15 WIT 3. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur Hasil: Pasien mengatakan akan	saat dilakukan pemijatan. • Pasien mengatakan akan menggunakan pelembab • Pasien mengatakan akan lebih banyak makan sayur dan buah O: • Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. • Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban
---	---------------------	--	---

		lebih banyak makan sayur dan buah	• Tak tampak kemerahan di sekitar luka post operasi.
4. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)	4. Memonitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)	Jam 09.30 WIT Hasil: Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban	A: Malah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: 1. Lakukan pemijatan pada area sekitar luka operasi 2. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) 3. Monitor tanda-tanda infeksi 4. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
5. Monitor tanda-	5. Memonitor	Jam 09.35 WIT	

	tanda infeksi	tanda-tanda infeksi Hasil: Tak tampak kemerahan di sekitar luka post operasi.'	5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
	6. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	Jam 09.40 WIT 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil: Balutan sudah dilepaskan	6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka
	7. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Jam 09.45 WIT 7. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan Hasil: Saat perawatan luka, luka terlebih dulu	

	dibersihkan dengan NaCl.
8. Pasang balutan sesuai jenis luka	Jam 09.50 WIT 8. Memasang balutan sesuai jenis luka Hasil: Balutan telah terpasang dengan baik.
9. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka	Jam 09.55 WIT 9. Mempertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka Hasil: Melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik steril.
10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Jam 10.00 WIT 10. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi

				Hasil: Pasien mengatakan sudah mengerti dengan tanda infeksi.	
12 September 2021	Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil: • Tak tampak kemerahan pada luka • Skala nyeri menurun menjadi 3 • Tak tampak bengkak pada luka • SB: 36-36,5°C	1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung	Jam 11.00 WIT 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Hasil: Tak tampak bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka. Jam 11.10 WIT 2. Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat.	S: • Pasien mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisi. • Pasien mengatakan mengerti tanda-tanda infeksi pada luka. O: • Tak tampak bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka. • Skala nyeri 5 • Tanda vital: SB: 36°C HR: 78x/menit

3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Jam 11.15 WIT 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: Cuci tangan sudah dilakukan.	A: Faktor resiko infeksi masih ada P: Lanjutkan intervensi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien	Jam 11.20 WIT 4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien. Hasil: Menggunakan teknik steril saat perawatan luka.	
5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Jam 11.25 WIT 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Pasien mengerti dengan	

	penjelasan yang diberikan.
	Jam 11.30 WIT
6. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	6. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. Hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
	Jam 12.00 WIT
7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	7. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
	Jam 12.10 WIT
8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan.

Hasil:
Pasien mengerti
dengan
penjelasan yang
diberikan.

E. Catatan Perkembangan Hari I

Tabel 14
Catatan Perkembangan Hari 1

Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
13 September 2021	1	Jam 07.35 WIT 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan karena luka operasi yang berada di punggung, skala 4, nyeri terasa menusuk dan dirasakan hilang timbul.	Jam 14.00 WIT S: - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak, dan berkurang setelah diberikan analgetik - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri pada luka operasi debridement di punggung. - Skala nyeri 4 - Nyeri dirasakan hilang timbul.
		Jam 07.40 WIT 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Ekspresi wajah pasien tampak meringis saat bergerak, pasien tampak menghindari nyeri.	O: - Ekspresi wajah pasien tampak rileks. - Pasien dapat melakukan teknik nafas alam dengan baik.
		Jam 07.45 WIT 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam Hasil: Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar.	Tanda vital: TD: 120/70 mmHg N: 76x/menit SB: 36°C
		Jam 07.50 WIT 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: suhu ruangan telah diatur sesuai dengan kenyamanan pasien.	A: Masalah teratasi sebagian
		Jam 07.55 WIT 5. Menjelaskan penyebab, periode dan	

		pemicu nyeri Hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Jam 13.00 WIT 6. Memberikan injeksi ketorolac 30mg/IV. Hasil: Obat sudah diberikan.	P: Lanjutkan intervensi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. Berikan terapi analgetik
13 September 2021	2	Jam 09.00 WIT 1. Melakukan pemijatan pada area sekitar luka operasi. Hasil: Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan pemijatan. Jam 09.10 WIT 2. Memonitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban	S: • Pasien mengatakan nyeri luka sudah berkurang. • Pasien mengatakan tidak merasa gatal di daerah sekitar luka O: • Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. • Perban terlihat

13 September 2021	3	Jam 09.15 WIT	bersih tidak
		3. Memonitor tanda-tanda infeksi	nampak
		Hasil:	rembes/ada
		Tak tampak kemerahan di sekitar luka post operasi.'	bercak darah atau eksudat pada perban
		Jam 09.20 WIT	• Tak tampak
		4. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	kemerahan di sekitar luka post operasi.
		Hasil:	A:
		Balutan sudah dilepaskan	Malah teratasi sebagian
		Jam 09.25 WIT	P:
		5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Lanjutkan intervensi:
		Hasil:	1. Monitor
		Saat perawatan luka, luka terlebih dulu dibersihkan dengan NaCl.	karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)
		Jam 09.30 WIT	2. Monitor tanda-tanda infeksi
		6. Memasang balutan sesuai jenis luka	3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
		Hasil:	4. Bersihkan
		Melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik steril.	dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
		Jam 09.35 WIT	5. Pasang balutan sesuai jenis luka
		7. Mempertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka	6. Pertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka
		Hasil:	
13 September 2021	3	Jam 10.00 WIT	S: -
		1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	O: • Tak tampak

Hasil: Tak tampak bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka.	bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka.
Jam 10.10 WIT	• Skala nyeri 4
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	• Tanda vital: SB: 36°C HR: 76x/menit
Hasil: Cuci tangan sudah dilakukan.	A: Faktor resiko infeksi masih ada
Jam 10.15 WIT	P: Lanjutkan intervensi:
3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien.	1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
Hasil: Menggunakan teknik steril saat perawatan luka.	2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
Jam 10.30 WIT	3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien
4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	
Hasil: Pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.	

F. Catatan Perkembangan Hari II

Tabel 15
Catatan Perkembangan Hari 2

Tanggal	No. Dx	Implementasi	Evaluasi
14 September 2021	1	Jam 08.00 WIT 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan karena luka operasi yang berada di punggung, skala 4, nyeri terasa menusuk dan dirasakan terus menerus. Jam 08.10 WIT 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Ekspresi wajah pasien tampak rileks Jam 08.15 WIT 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri: teknik relaksasi nafas dalam Hasil: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan nafas dalam Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar. Jam 08.30 WIT 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: suhu ruangan telah diatur sesuai dengan kenyamanan pasien. Jam 13.00 WIT 6. Memberikan terapi analgetik Hasil: Injeksi ketorolac 30mg/IV telah diberikan	Jam 14.00 WIT S: - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak, dan berkurang setelah diberikan analgetik dan melakukan relaksasi nafas dalam - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri pada luka operasi debridement di punggung. - Skala nyeri 3 - Nyeri dirasakan hilang timbul. O: - Ekspresi wajah pasien tampak rileks. - Pasien dapat melakukan teknik nafas dalam dengan baik. - Tanda vital: TD: 110/70

			mmHg N: 78x/menit SB: 36 ⁰ C
			A: Masalah teratasi
			P: Hentikan itervensi
			S:
14 September 2021	2	Jam 09.00 WIT	
		1. Melakukan pemijatan pada area sekitar luka operasi. Hasil: Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan pemijatan.	• Pasien mengatakan nyeri luka sudah berkurang. • Pasien mengatakan tidak merasa gatal di daerah sekitar luka
		Jam 09.10 WIT	O:
		2. Memonitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban	• Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. • Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban
		Jam 09.20 WIT	
		3. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tak tampak kemerahan di sekitar luka post operasi.'	• Tak tampak kemerahan di sekitar luka post operasi.
		Jam 09.25 WIT	A: Malah teratasi
		4. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil: Balutan sudah dilepaskan	P: Hentikan intervensi.
		Jam 09.30 WIT	
		5. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan Hasil: Saat perawatan luka, luka terlebih dulu dibersihkan dengan NaCl.	

		Jam 09.35 WIT	
		6. Memasang balutan sesuai jenis luka	
		Hasil:	
		Balutan telah terpasang dengan baik.	
		Jam 09.40 WIT	
		7. Mempertahankan teknik steriil saat melakukan perawatan luka	
		Hasil:	
		Melakukan perawatan luka dengan menggunakan teknik steriil.	
14 September 2021	3	Jam 10.00 WIT	Jam 14.00 WIT
		1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	S: -
		Hasil:	O:
		Tak tampak bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka.	• Tak tampak bengkak dan kemerahan daerah sekitar luka.
		Jam 10.10 WIT	
		2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	• Skala nyeri 4 • Tanda vital: SB: 36°C
		Hasil:	HR: 78x/menit
		Cuci tangan sudah dilakukan.	A:
		Jam 10.20 WIT	Faktor resiko infeksi masih ada
		3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien.	p:
		Hasil:	Hentikan
		Menggunakan teknik steriil saat perawatan luka.	intervensi.

BAB IV

ANALISA SITUASI MASALAH

A. Analisa Kasus Kelolaan Terkait Teori

Kasus kelolaan utama dalam karya akhir ilmiah Ners ini adalah klien Tn. A dengan diagnosa post operasi debridement atas indikasi abses punggung. Asuhan keperawatan pada Tn. A dimulai sejak tanggal 12 September – 14 September 2021.

Langkah pertama yang dilakukan penulis adalah melakukan pengkajian terhadap pasien dengan mengkaji identitas pasien, keluhan yang dialami pasien, gejala klinis faktor resiko, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, melakukan implementasi sampai pada evaluasi.

1. Pengkajian

Menurut A.A Hidayat (2014), pengkajian adalah langkah awal dari tahap proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien. Pengkajian keperawatan pada seluruh tingkat analisis (individu, keluarga, komunitas) terdiri atas data subjektif dari seseorang atau kelompok, dan data objektif dari pemeriksaan diagnostik dan sumber lain. Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif).

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, pasien mengeluh nyeri atau sakit pada punggungnya yang dirasakan akibat luka

operasi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa banyak pasien post operasi debridement yang mengeluh rasa nyeri pada bekas jahitan post operasinya. Pasien post operasi debridement akan mengalami nyeri akut, dimana nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Hal ini terjadi karena adanya respon nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri yang disebabkan oleh operasi biasanya membuat pasien merasa sangat kesakitan. Nyeri dapat mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut.

Dari hasil pengkajian yang sesuai dengan teori yaitu didapatkan data terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement, perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Herdman, 2018).

Setelah melakukan proses pengkajian dan data yang terkumpul dikelompokkan sesuai dengan masalahnya, maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data-data tersebut. Berdasarkan teori diagnosa yang terdapat pada pasien hipertensi, yaitu:

- a. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141)
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi) (D.0077)
- c. Nausea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)
- d. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)
- e. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi) (D.0129)

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan, nyeri ini timbul secara mendadak dan cepat menghilang umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari 6 bulan, nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan (Lyndon, 2013). Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis (makan, minum), keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang

terkadang dialami individu. Kebutuhan terbatas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan di berikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien dirumah sakit (Potter & Perry dalam Affandi, 2017)

Penulis menegakkan diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) dengan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). Dengan tanda dan gejala nyeri akut yaitu ekspresi wajah meringis sambil menahan nyeri, mengekspresikan perilaku (misal gelisah, merengek), posisi untuk mengurangi nyeri, dimana data pengakajian nyeri yang didapat yaitu data subjektif: Pasien mengatakan nyeri dirasakan akibat luka operasi yang berada di punggung. Dengan pengkajian nyeri adalah P (*Provokatif*): nyeri terasa saat bergerak, Q (*Qualitas*): nyeri seperti ditusuk-tusuk, R (*Region*): nyeri dibagian punggung, S (*Scale*): skala nyeri 5 (nyeri sedang), T (*Time*): nyeri terus menerus. Data tersebut sesuai dengan kriteria mayor secara verbal. Sedangkan data objektif didapatkan: Ekspresi wajah meringis kesakitan, sulit tidur, gelisah dan menghindari nyeri.

- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi

Diagnosa kedua yang muncul yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan post debridemen ulkus dm. kerusakan integritas kulit merupakan kerusakan yang terjadi pada jaringan kulit dan dapat

meningkat dari epidermis sampai jaringan subkutan jika tidak dilakukan perawatan secara multidisiplin. Alasan penulis menegakkan kerusakan integritas kulit ini karena tindakan debridement dilakukan dengan pengangkatan jaringan mati pada luka ulkus dan otomasi dilakukan berupa sayatan untuk menghilangkan bagian jaringan mati tersebut.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasif

Diagnosa ketiga yang muncul pada pasien yaitu resiko infeksi berhubungan dengan post debridement ulkus diabetes melitus. Infeksi merupakan salah satu penyulit pembedahan yang sering ditemui dalam praktek setiap waktu, dimana infeksi luka dapat terbatas, menyebar atau sepsis, pada insisi pembedahan. Diagnosa ketiga ini penulis munculkan karena pasien post debridement hari pertama dan luka ulkus yang rentang dengan bakteri patologi yang mampu menyebabkan timbulnya infeksi (Dexa Medica, 2009)

Terdapat 2 diagnosa keperawatan yang ada pada teori namun tidak muncul pada kasus yaitu resiko hipotermia dan nausea. Menurut asumsi penulis, kedua diagnose tersebut tidak muncul pada kasus kelolaan karena pada saat pengkajian pasien sudah 1 hari post operasi. Nausea biasanya muncul dikarenakan efek dari anastesi, sedangkan pasien sudah 1 hari post operasi.

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien telah menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). Adapun tindakan pada standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Adapun intervensi yang disusun pada kasus kelolaan adalah:

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)

Intervensi yang pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan skala nyeri yang dialami oleh pasien, hal ini didukung oleh SIKI 2018. yaitu pasien mampu menunjukkan kapan penyebab nyeri itu timbul, pasien mampu menunjukkan letak nyeri, pasien mampu menunjukkan tingkat nyeri dan pasien mampu mengatakan seperti apa rasa nyeri yang dialami. Penggunaan nemonik PQIRST juga akan membantu untuk mengumpulkan informasi vital yang berkaitan dengan proses nyeri pasien (Yudiyanta, Novita, K., & Wahyu, 2015).

Intervensi yang kedua yaitu pasien mampu melakukan pengurangan nyeri tanpa analgesik yaitu dengan cara teknik relaksasi

nafas dalam. Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam yaitu untuk memberikan rasa nyaman dan rileks pada pasien, melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi nyeri, dapat mengurangi intensitas nyeri, serta dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah (Bare BG., 2010).

Intervensi yang ketiga adalah monitor rentang normal keadaan tandatanda vital pasien dengan rasional untuk mengetahui keadaan apa yang dialami pasien. Ada beberapa pemeriksaan fisik diantaranya adalah pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu.

Intervensi yang keempat pasien mampu melaporkan kondisi lingkungan yang memperberat nyeri (kebisingan). Dimana lingkungan dan kehadiran dukungan keluarga juga dapat mempengaruhi nyeri seseorang. Banyak orang yang merasa lingkungan pelayanan kesehatan yang asing, khususnya cahaya, kebisingan, aktivitas yang sama di ruang perawatan intensif, dapat menambah nyeri yang dirasakan (Zakiyah, 2015).

Intervensi kelima adalah kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik dengan rasional dapat mengurangi nyeri.

- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi

Intervensi pada tahap observasi yaitu memonitor karakteristik luka dengan melihat drainase, warna, ukuran serta bau luka sedangkan memonitor tanda-tanda infeksi dengan melihat apakah ada bengkak,

kemerahan, eksudat/pus, letak nyeri, intensitas nyeri, dan bau(Morison, 2011).

Intervensi pada tahap terapeutik yaitu melepaskan balutan dan plester secara perlahan. Melepaskan balutan harus dilakukan dengan hati-hati agar jaringan luka tidak menimbulkan kerassakan pada granulasi luka. Implementasi berikutnya adalah membersihkan luka dengan NaCl. MenurutHendri(2019), cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan saline dan untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan water-pressure. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh. Menurut Menurut Supriyanto & Jamaluddin(2016), penggunaan NaCl 0,9% dalam perawatan luka dapat membantu pembentukan granulasi jaringan baru sehingga mempercepat proses penyembuhan luka, karena NaCl 0,9% mudah diserap oleh jaringan. Implementasi yang dilakukan berikutnya adalah memasang balutan sesuai jenis luka. Balutan luka yang ideal dapat mempercepat kesembuhan luka. Balutan luka yang ideal harus dapat memberikan lingkungan yang optimal bagi penyembuhan luka dan melindungi luka dari trauma. Balutan luka dipilih untuk mempertahankan kelembaban luka dan menjaga dasar luka tetap bersih(Ariningrum, 2018). Implementasi mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dilakukan agar luka tidak terkontaminasi oleh mikroorganisme. Perawatan luka dan ganti balutan

steril dilakukan agar luka tidak terjadi infeksi dan penyembuhan luka menjadi optimal (Arviyani & Rusminah, 2019).

Intervensi pada tahap edukasi yaitu menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan mengkonsumsi putih telur. Putih telur sangat kaya protein, bebas lemak dan kolesterol. Putih telur juga mengandung asam amino yang sangat bermanfaat dalam pemulihan otot. Protein dan albumin sangat berfungsi sebagai zat pembangun sel-sel yang telah rusak sehingga penyembuhan luka akan berlangsung lebih cepat (Purnani, 2019).

Adapun Intervensi selanjutnya yaitu tahap kolaborasi adalah pemberian antibiotik sebagai terapi farmakologi. Pemberian antibiotik berupa gentamicin dan metronidazole. Pemberian antibiotik bertujuan untuk menekan angka kejadian infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka operasi (Anggraeni, 2018).

c. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko: efek prosedur invasif

Intervensi pada tahap observasi adalah monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik seperti adanya tanda peradangan pada luka.

Intervensi pada tahap terapeutik adalah membatasi jumlah pengunjung. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Intervensi pada tahap edukasi jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan caramemeriksa kondisi luka atau luka oprasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Perencanaan keperawatan yang digunakan dalam tinjauan kasus sama seperti rencana keperawatan yang ada pasa toeoritis. Penulis tidak menemukan hambatan saat melakukan perencanaan untuk pasien, karena dari semua diagnosa yang ditemukan pada kasus sesuai dengan perencanaan yang akan dilakukan kepada pasien.

4. Implementasi

Implementasi merupakan suatu perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya(NANDA, 2015). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi dengan masing-masing diagnose.

a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi) di tandai dengan pasien tampak meringgis, gelisah, implementasi yang dilakukan kepada klien yaitu Mengidentifikasi local, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengidentifikasi nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor efek samping penggunaan analgetik, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfaasilitasi istirahat dan

tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri.

- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi

Intervensi yang dilakukan pada klien dengan gangguan integritas kulit yaitu perawatan luka, yaitu dengan menggunakan OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi). Adapun implementasi yang dilakukan pada tahap observasi adalah memonitor karakteristik luka dan memonitor tanda-tanda infeksi. Pada tahap terapeutik dilakukan melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan luka dengan NaCl, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Pada tahap edukasi dilakukan menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein, sedangkan pada tahap kolaborasi diberikan pemberian antibiotic.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasive

Resiko Infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasive, implementasi yang dilakukan kepada klien yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Membatasi jumlah pengunjung, Memeriksa perawatan kulit pada area edema, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan

pasien, Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Dalam melakukan implementasi, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya dan memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2012).

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi yang diberikan perawat untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien. Sesuai tujuan intervensi yang telah disusun peneliti, evaluasi tindakan keperawatan dilakukan tiap 8 jam untuk menilai kondisi perkembangan masalah keperawatan pada pasien.

- a. Pada diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis, masalah nyeri yang dirasakan klien pada luka bekas post operasi debridement masalah teratasi.
- b. Pada diagnosa keperawatan Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor elektrik elektrodiatermi dibuktikan dengan tampak luka operasi di punggung, masalah dapat teratasi.
- c. Pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko:efek prosedur invasif, masalah resiko infeksi teratasi.

B. *Analisa Based Evidence Practices* : Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Pada penerapan teknik relaksasi napas dalam dengan post operasi debridement terhadap penurunan intensitas nyeri dapat diatasi dengan baik dan cepat apabila perawat selalu menerapkan teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Teknik relaksasi dapat dilakukan kapanpun apabila pasien mengalami nyeri.

Peranan keluarga juga cukup penting dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien yaitu mengedukasikan teknik napas dalam khususnya pasien untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan. Penatalaksanaan yang dilakukan terus menerus maka akan semakin cepat pula proses penyembuhan pasien serta perubahan pola hidup menjadi lebih sehat untuk kedepannya bagi pasien dan keluarga.

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak ada mendapatkan kendala apapun. Hal ini dikarenakan tidak adanya biaya atau peralatan khusus yang digunakan. Intervensi ini juga sangat mudah dilakukan oleh perawat dan keluarga karena hanya menggunakan teknik napas dalam.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan hasil Analisis penelitian penerapan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.” peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Pada tahap pengkajian diperoleh data pasien mengeluh nyeri pada punggungnya akibat luka operasi dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah berat saat bergerak dan nyeri dirasakan terus menerus. Terdapat balutan perban di punggung sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement.
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan Tn. A ditemukan 3 diagnosa yaitu, nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan resiko infeksi.
3. Pada intervensi keperawatan peneliti menyusun rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan *specific, measurable, achievable, reasonable*, dan *time*. Dengan menggunakan standar luaran dan kriteria hasil, serta standar intervensi keperawatan sesuai teori.
4. Pada tahap implementasi peneliti melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien yang telah dilakukan penyusunan rencana asuhan keperawatan. Peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi non-farmakologik yang telah dibuat.

5. Pada tahap evaluasi peneliti melakukan evaluasi pada pasien sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat oleh peneliti untuk target yang akan dicapai pada pasien yaitu 3x24. Berdasarkan hasil evaluasi diketahui bahwa semua masalah keperawatan dapat teratasi, Namun intervensi dapat dilanjutkan.

B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini bisa dijadikan bahan bacaan dalam menerapkan intervensi teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam yang baik akan menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini bisa dijadikan bahan referensi bagi bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi debridement.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan referensi tambahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan rasa nyaman.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC* (3rd ed.). Mediacion publishing.
- A.A Hidayat. (2014). *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Salemba Medika.
- Achjar, K. A. H. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga Bagi Mahasiswa Dan Praktisi Perawat Perkesmas*. CV. Sagung Seto.
- Affandi, I. M. (n.d.). *'Pengaruh Terapi Relaksasi Napas Dalam Dan Hypnosis Lima Jari Terhadap Tingkat Stress Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta*.
- Afif Nurul Hidayati, D. (Ed.). (2019). *Infeksi Bakteri di Kulit*. Airlangga University Press.
- Agustin, S. (2021). *Tidak Cuma di Kulit, Abses Bisa Terjadi di Mana Saja*. Alodokter. <https://www.alodokter.com/tidak-cuma-di-kulit-abses-bisa-terjadi-di-mana-saja>
- Anggraeni. (2018). Pengaruh Penyuluhan Manfaat Mobilisasi Dini Terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pasca Pembedahan Laparatomi. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, Vol. 3 (No.
- Arif Muttaqin & Sari, K. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal bedah*. Salemba medika.
- Ariningrum. (2018). *Buku Pedoman Keterampilan Klinis: Manajemen Luka*. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Arviyani & Rusminah. (2019). Penerapan Perawatan Luka Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Klavikula Hari ke-2. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, Volume 5,.
- Attinger, et al. (2006). Clinical Approach to Wound: Debridement and Wound Bed Preparation Including the Use of Dressing and Wound-Healing Ajuvants. *Plast Reconstr Surg*.
- Ayello. (n.d.). Wound Debridement. *Wound Care Essentials Practise Principles*, 2004.
- Bare BG., S. S. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. EGC.
- Craft, N. (2012). Superficial Cutaneous Infectionus and Pyoderma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th Ed.
- Dexa Medica. (2009). alih bahasa Setyohadi. B, dkk dalam journal of pharmaceutical development. *Journal of Pharmaceutical Development*, Vol 27. No.

- Dinarti, & Muryanti, Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*.
- Hartanti. (2016). *Terapi Nafas Dalam Menurunkan Tekanan darah Pasien Hipertensi*. Vol IX. No.
- Hendri. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN PERAWATAN LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE MUARO BUNGO TAHUN 2019.
- Herdman, H. (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses*. EGC.
- James WD, Berger TG, Elston DM, et al. (2016). Bacterial Infections. In *Andrews Disease of the Skin. Clinical Dermatology, 6th Ed*.
- Kobayashi, S., Yanagi, N., & K. (2013). Relaxation Technique Training To Alleviate Emotional In Patients With Chronic Pain : A Report Of Two Cases. *Open Journal Of Nursing, Department*.
- Marx, J. (2014). Skin and Soft Tissue Infections. In *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practise: Vol. 8th Ed*. Elsevier/Saunders.
- Masnina, R. & Setyawan, A. . (2018). Terapi Relaksasi Nafas Mempengaruhi Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Lansia dengan Hipertensi. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan, Vol.5(2)*.
- Morison, M. J. (2011). *Manajemen Luka*. EGC.
- Muhammad Bayu Zohari Hutagalung, Dwinka Syafira Eljatin, Awalita, V. P., & Sarie, G., & Demitria Agustina Sianturi, G. F. S. (2019). Diabetic Foot Infection (Infeksi Kaki Diabetik): Diagnosis dan Tatalaksana. *Continuing Medical Education*.
- Muttaqin, Arif & Sari, K. (2020). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal bedah*. Salemba Medika.
- NANDA. (2015). *Buku diagnosa keperawatan definisi dan klasifikasi 2015-2017*. EGC.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep,Proses Keperawatan*. EGC.
- Purnani. (2019). Perbedaan Efektivitas Pemberian Putih Telur dan Ikan Gabus Terhadap Penyembuhan Luka Perineum Ibu Nifas. *JPH Recode*.
- Rehatta, M. (Ed.). (2020). *Pedoman Ketrampilan Medik 4*. Airlangga University Press.
- Setiadi. (2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Graha Ilmu.
- Snell, R. S. (2012). *Anatomi Klinis Berdasarkan Sistem* (D. bahasakan Oleh & S. L (Eds.)). Salemba Medika.
- Supriyanto & Jamaluddin. (2016). Perawatan Luka dengan Sofratulle pada Pasien

Post Operasi Vesikolithotomy hari ke VII di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum RA. Kartini Jepara. *JPK Vol.1*.

Tarwoto dan Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (4th ed.).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* (Edisi 1). Persatuan Perawat Indonesia.

Wang, J.-M. (2018). In Vivo Protective effect of Chlorogenic Acid Against Triptolide-Induced Hepatotoxicity and it's Mechanism. *Pharmaceutical Biology*. [https://doi.org/Volume doi:10.180/13880209.2018.1527370](https://doi.org/Volume%20doi:10.180/13880209.2018.1527370)

Wardani, D. W. (2015). *Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Sebagai Terapi Tambahan Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Tingkat 1(Studi)*. <https://lib.unnes.ac.id/20368/1/6411411062-S.pdf>

Yudiyanta, Novita, K., & Wahyu, N. R. (2015). Assessment Nyeri. *Jurnal Kesehatan*.

Zakiyah, A. (2015). *Nyeri: Konsep dan Penatalaksanaan dalam Praktik Keperawatan Berbasis Bukti*. Salemba Medika.

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bpk/Ibu/Sdr/i Responden

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura dengan:

Nama : Reny

NIM : PO.71.20.92.10.43

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.”** Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Poltekkes Kemenkes Jayapura Program Studi Profesi Ners.

Oleh sebab itu, saya mohon kesediannya untuk menjadi responden penelitian ini. Apabila bersedia dan menyetujui, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya



(Reny, S.Tr.Kep)

Lampiran 2

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (*INFORMED CONSENT*)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.”

Peneliti : Reny
NIM : PO.71.20.92.10.43

Saya telah diminta dalam memberikan persetujuan untuk berperan serta dalam penelitian “Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Debridement Atas Indikasi Abses Punggung Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Di Ruang Bedah Rsud Abepura.” yang dilakukan oleh Reny. Data saya akan diambil oleh peneliti dan saya mengerti bahwa catatan atau data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini akan dijamin selegal mungkin, semua berkas yang dicantumkan identitas subjek penelitian akan digunakan dalam data.

Jayapura, September 2022

Responden



(.....)

Lampiran 3

SOP TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

	Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Indikasi	1. Pasien yang mengalami stres 2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif 3. Pasien yang mengalami kecemasan 4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
Pelaksanaan	PRA INTERAKSI 1. Membaca status klien 2. Mencuci tangan ORIENTASI 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya 4. Menjaga privasi klien 5. Kontrak. Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan KERJA 1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas 2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal. 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan

	hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit TERMINASI 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya DOKUMENTASI 1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
Sumber	Potter & Perry (2010)

Lampiran 4

DOKUMENTASI



LEMBARKONSULTASIKARYAILMIAHAKHIRNERS(KIAN)

NAMA :RENY S.Tr.,Kep
 NIM : PO.71.20.92.10.43
 JUDUL KIAN : ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI DEBRIDEMENT ATAS INDIKASI ABSSES PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA."

Dosen Pembimbing :_Dr. Jems K R Maay, S.Kep., Ns., M.Sc

No.	Tanggal	Materi Konsultasi	MasukanPembimbing	Tanda Tangan
1.	30/05/2022	- kontrak waktu dengan dosen pembimbing	- perbaiki sesuai saran	Jms
2.	17/06/2022	- mengagukan judul KIAN	- 1 dan	Jms
3.	22/06/2022	- Konsultasi Bab I, II, dan III	- 1 dan	Jms
4.	23/06/2022	- Konsultasi Revisi Bab I - V	- 1 dan siap untuk.	Jms
5.	18/07/2022	- Konsultasi hasil Revisi ulang	- 4cc.	Jms