

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. Definisi

*Back pain* merupakan keluhan yang sering terjadi di praktek sehari-hari. *Back Pain* adalah nyeri yang dirasakan di daerah punggung bawah, dapat merupakan nyeri local (inflamasi), maupun nyeri radikuler atau keduanya. Nyeri yang berasal dari punggung atas dapat menjalar pada daerah lain atau sebaliknya. Walaupun BP jarang fatal namun nyeri yang dirasakan menyebabkan penderita mengurangi kemampuan (disabilitas) yaitu keterbatasan fungsional dalam aktivitas sehari-hari dan banyak kehilangan jam produktivitas.

*Back pain* adalah nyeri kronik di dalam lumbal, biasanya disebabkan oleh terdesaknya para vertebral otot, herniasi dan regenerasi dari nucleus pulposus, osteoarthritis dari lumbal sacral pada tulang belakang (Smeltzer C. Suzanne, 2012). *Back pain* terjadi pada siapa saja yang mengalami masalah pada musculoskeletal seperti ketegangan lumbosacral akut, ketidakmampuan ligament lumbosacral, kelemahan otot, osteoarthritis, spinal stenosis serta masalah pada sendi inter vertebrata dan kaki yang tidak sama panjang.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan *back pain* adalah nyeri kronik atau akut di dalam lumbal yang biasanya disebabkan trauma atau terdesaknya otot para vertebrata atau tekanan, herniasi, dan regenerasi dari nucleus pulposus, kelemahan otot, osteoarthritis di lumbal sacral pada tulang belakang.

## 2. Tanda dan gejala

Penderita BP memiliki keluhan yang beragam tergantung dari patofisiologi, perubahan kimia atau biomekanik dalam diskus intervertebralis, dan umumnya mereka mengalami nyeri. Nyeri miofasial khas ditandai dengan nyeri dan nyeri tekan pada daerah yang bersangkutan (*trigger points*), kehilangan ruang gerak kelompok otot yang tersangkut (*loss of range of motion*) dan nyeri radikuler yang terbatas pada saraf tepi. Keluhan nyeri sendiri sering hilang bila kelompok otot tersebut diregangkan.

Menurut McKenzie, BP mekanik ditandai dengan gejala sebagai berikut:

1. Nyeri terjadi secara *intermitten* atau terputus-putus.
2. Sifat nyeri tajam karena dipengaruhi oleh sikap atau Gerakan yang bisa meringankan ataupun memperberat keluhan.
3. Membaik setelah istirahat dalam waktu yang cukup dan memburuk setelah digunakan beraktivitas.
4. Tidak ditemukan tanda-tanda radang seperti panas, warna kemerahan ataupun pembengkakan.
5. Terkadang nyeri menjalar ke bagian pantat atau paha.
6. Dapat terjadi *morning stiffness*.
7. Nyeri bertambah hebat bila bergerak ekstensi, fleksi, rotasi, berdiri, berjalan maupun duduk.
8. Nyeri berkurang bila berbaring.

## 3. Patofisiologi

Struktur spesifik dalam system saraf terlibat dalam mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri. Sistem yang terlibat dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai system nosiseptif. Sensitifitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor dan berbeda diantara individu. Tidak semua orang yang terpajan terhadap stimulus yang sama mengalami intensitas nyeri yang sama. Sensasi sangat nyeri bagi seseorang mungkin hampir tidak terasa bagi orang lain

Reseptor nyeri (nosiseptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespons hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak, dimana stimuli tersebut sifatnya bisa kimia, mekanik, termal. Reseptor nyeri merupakan jaras multi arah yang kompleks. Serabut saraf ini bercabang sangat dekat dengan asalnya pada kulit dan mengirimkan cabangnya ke pembuluh darah local. Sel-sel mast, folikel rambut dan kelenjar keringat. Stimuli serabut ini mengakibatkan pelepasan histamin dari sel-sel mast dan mengakibatkan vasodilatasi. Serabut kutaneus terletak lebih kearah sentral dari cabang yang lebih jauh dan berhubungan dengan rantai simpatis paravertebralis system saraf dan dengan organ internal yang lebih besar. Sejumlah substansi yang dapat meningkatkan transmisi atau persepsi nyeri meliputi histamin, bradikinin, asetilkolin dan substansi P. Prostaglandin dimana zat tersebut yang dapat meningkatkan efek yang menimbulkan nyeri dari bradikinin. Substansi lain dalam tubuh yang berfungsi sebagai inhibitor terhadap transmisi nyeri adalah endorfin dan enkefalin yang ditemukan dalam konsentrasi yang kuat dalam system saraf pusat.

Kornu dorsalis dari medulla spinalis merupakan tempat memproses sensori, dimana agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada system assenden harus diaktifkan. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Proses nyeri terjadi karena adanya interaksi antara stimulus nyeri dan sensasi nyeri.

Patofisiologi Pada sensasi nyeri punggung bawah dalam hal ini kolumna vertebralis dapat dianggap sebagai sebuah batang yang elastik yang tersusun atas banyak unit vertebrae dan unit diskus intervertebrae yang diikat satu sama lain oleh kompleks sendi faset, berbagai ligamen dan otot paravertebralis. Konstruksi punggung yang unik tersebut memungkinkan fleksibilitas sementara disisi lain tetap dapat memberikan perlindungan yang maksimal terhadap sum-sum tulang belakang. Lengkungan tulang belakang akan menyerap goncangan vertical pada saat berlari atau melompat. Batang tubuh membantu menstabilkan tulang belakang. Otot-otot abdominal dan

toraks sangat penting ada aktifitas mengangkat beban. Bila tidak pernah dipakai akan melemahkan struktur pendukung ini. Obesitas, masalah postur, masalah struktur dan peregangan berlebihan pendukung tulang belakang dapat berakibat nyeri punggung.

Diskus intervertebralis akan mengalami perubahan sifat ketika usia bertambah tua. Pada orang muda, diskus terutama tersusun atas fibrokartilago dengan matriks gelatinus. Pada lansia akan menjadi fibrokartilago yang padat dan tak teratur. Degenerasi diskus intervertebra merupakan penyebab nyeri punggung biasa, menderita stress paling berat dan perubahan degenerasi terberat. Penonjolan diskus atau kerusakan sendi dapat mengakibatkan penekanan pada akar saraf ketika keluar dari kanalis spinalis, yang mengakibatkan nyeri yang menyebar sepanjang saraf tersebut.

#### 4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah suatu pemeriksaan medis yang dilakukan karena suatu indikasi tertentu guna memperoleh keterangan lebih lengkap.

#### 5. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin dilakukan sesuai indikasi, berguna untuk melihat laju endap darah (LED), morfologi darah tepi, kalsium, fosfor, asam urat, alkali fosfatase, asam fosfatase, antigen spesifik prostat (jika ditemukan kecurigaan metastasis karsinoma prostat) dan elektroforesis protein serum (protein *myeloma*).

#### 6. Pemeriksaan radiologis

##### a. Foto polos

Pada pasien dengan keluhan nyeri punggung bawah, dianjurkan berdiri saat pemeriksaan dilakukan dengan posisi anteroposterior, lateral dan oblique. Gambaran radiologis yang sering terlihat normal atau kadang-kadang dijumpai penyempitan ruang diskus intervertebral, oseofit pada sendi facet, penumpukan kalsium pada vertebra, pergeseran korpus vertebra (spondilolistesis) dan infiltrasi tulang oleh

tumor. Penyempitan ruangan intervertebral terlihat bersamaan dengan suatu posisi yang tegang, melurus dan suatu scoliosis akibat spasme otot paravertebral.

b. MRI

MRI digunakan untuk melihat defek intra dan ekstra dural serta melihat jaringan lunak. Pada pemeriksaan dengan MRI bertujuan untuk melihat vertebra dan level neurologis yang belum jelas, kecurigaan kelainan patologis pada medulla spinalis atau jaringan lunak, menentukan kemungkinan herniasi diskus pada kasus post operasi, kecurigaan karena infeksi atau neoplasme.

c. CT-Mielografi

CT-Meliografi merupakan alat diagnostic yang sangat berharga untuk diagnosis LBP untuk menentukan lokalisasi lesi pre-operatif dan menentukan adanya sekunder diskus yang lepas dan mengekslusi suatu tumor.

7. Penatalaksanaan

a) Terapi non farmakologis

- 1) Pasien dianjurkan berolahraga kemudian dievaluasi lebih lanjut jika pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari dalam 4-6 minggu.
- 2) Pada beberapa kasus dapat dilakukan tirah baring 2-3 hari pertama untuk mengurangi nyeri.
- 3) Dipertimbangkan pemberian obat penghilang rasa nyeri apabila pasien belum mampu melakukan aktivitas dalam 1-2 minggu.
- 4) Pemberian terapi dengan modalitas lain seperti intervensi listrik, pemijatan, orthosis, mobilisasi, traksi maupun modalitas ternal berupa ultrasound terapeutik, diatermi, *infra red*, arus interferensial, arus mikro, stimulus saraf transkutaneus elektrik maupun stimulus neorumuskular. Terapi dapat pula dilakukan dengan cara meridian seperti akupuntur atau elektro akupuntur.

Selain itu, dapat pula digunakan terapi laser dan terapi kombinasi atau multimodalitas.

b) Terapi farmakologis

1) Asetaminofen

Penggunaan asetaminofen dengan dosis penuh (2 sampai 4gr pr hari) sebagai terapi lini pertama didukung oleh bukti-bukti yang kuat dan beberapa pedoman terapi (rekomendasi A). Harus diketahui bahwa pada pasien dengan Riwayat alkoholisme, sedang puasa, memiliki penyakit liver, mengonsumsi obat tertentu (terutama antikonvulsan) atau orang tua yang lemah, toksisitas hati dapat terjadi pada dosis yang direkomendasikan. Selanjutnya, toksisitas asetaminofen meningkat secara substansial jika dikonsumsi bersamaan dengan inhibitor siklooksigenase-2 spesifik (COX-2) atau obat-obat anti inflamasi (NSAID).

2) Obat anti inflamasi (NSAID)

Hampir pada Sebagian besar pengobatan direkomendasikan NSAID. Mempertimbangkan manfaat dibandingkan efek samping, *American Geriatrics Society* merekomendasikan COX-2 inhibitor sebagai terapi lini pertama dibandingkan NSAID non spesifik. Salisilat non-asetil (kolin magnesium trisalicylate, salsalat) terbukti efektif dan memiliki lebih sedikit efek samping gastrointestinal dibandingkan NSAID non spesifik dengan biaya lebih rendah daripada lebih agen selektif. Jika NSAID non spesifik yang dipilih, sitoproteksi lambung harus dipertimbangkan berdasarkan profil risiko pasien. NSAID harus dipertimbangkan Ketika peradangan diyakini memainkan peran penting dalam proses produksi nyeri.

3) Steroid

Injeksi steroid epidural adalah prosedur yang biasa dilakukan untuk nyeri leher radikuler dan nyeri punggung. Penggunaan steroid untuk nyeri radikuler harus jelas namun untuk injeksi steroid epidural kurang direkomendasikan sedangkan penggunaan steroid tidak dianjurkan untuk mengobati BP konis.

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

#### a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan BP meliputi anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan pengkajian psikososial (Muttaqin, 2011).

##### 1) Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosa medis.

##### 2) Riwayat keperawatan

###### a) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan dan adanya gangguan fokal seperti nyeri punggung/pinggang hebat, kelemahan anggota gerak, kesemutan.

###### b) Riwayat penyakit sekarang

Kaji bagaimana terjadi nyeri , adanya kelemahan anggota gerak, gangguan dalam BAK dan BAB

###### c) Riwayat penyakit dahulu

Kaji adanya riwayat trauma sebelumnya, riwayat sakit keganasan. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit saat ini dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan Tindakan selanjutnya. Tidak lupa untuk dikaji mengenai Riwayat sakit DM, Jantung, dan Hipertensi.

###### d) Riwayat penyakit keluarga

Kaji adanya tumor, BP pada generasi terdahulu. Kaji keluarga mengenai penyakit keganasan.

### 3) Pengakajian pola kesehatan fungsional

Menurut Gordon (2002) pengkajian pola kesehatan fungsional sebagai berikut:

#### a) Pola persepsi-managemen kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan, persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

#### b) Pola nutrisi–metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi berat badan (BB) dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah/penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

#### c) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih, dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll.

#### d) Pola latihan-aktivitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan : 0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat, 4 : tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan *range of motion*, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas, riwayat penyakit paru.

#### e) Pola kognitif perseptual

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif, pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh, sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah

lama terjadi atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri), penciuman dll.

f) Pola istirahat-tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, dan mengeluh letih.

g) Pola konsep diri-persepsi diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas, dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual dan dalam pandangan secara holistic. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, aktif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

h) Pola peran dan hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat, tempat tinggal klien, tidak punya rumah, pekerjaan, tingkah laku yang pasif atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan, dll.

i) Pola reproduksi/seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit berhubungan dengan sex, pemeriksaan genital.

j) Pola pertahanan diri (koping-toleransi stres )

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan penggunaan system pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k) Pola keyakinan dan nilai

Pengkajian psikologis klien tumor meningioma meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Mekanisme koping yang digunakan oleh klien juga penting untuk dikaji guna memulai respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya oleh perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan terhadap dirinya yang salah. Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pada pengkajian pola persepsi dan konsep diri didapatkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. Pada pengkajian pola penanggulangan stress, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. Sedangkan pada pengkajian pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Karena klien harus menjalani rawat inap maka keadaan ini memberi dampak pola status ekonomi klien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Tumor BP memang salah satu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilisasi emosi dan fikiran klien dan keluarga. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah, yaitu keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologis dalam

hubungannya dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis yang muncul pada pasien *back pain* adalah :

1. Nyeri akut b.d spasme otot, masalah muskuloskeletal, tekanan saraf
2. Defisit perawatan diri b. d. kelemahan.
3. Resiko jatuh b.d. kelemahan otot.
4. Resiko konstipasi b.b d efek agen farmakologis (anti nyeri).

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan pemecahan masalah, dan menentukan tujuan perencanaan untuk mengatasi masalah. Perencanaan keperawatan terdiri atas luaran dan intervensi (PPNI, 2018). 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 (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama dari nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgetic (PPNI, 2018).

Tabel 1. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen Pencedera Fisiologis (D. 0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x5 jam, diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Nyeri (L.08066) hal 145</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Frekuensi nadi membaik</li> <li>4. Frekuensi nafas membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b> <b>Manajemen Nyeri (I. 108238) Hal 201</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor efek samping pemberian analgetik</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan kompres hangat</li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelola pemberian obat MST 15mg, Ketorolac 30mg, dan dexamethasone 5mg.</li> </ol>
2.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neurumuskuler (D. 0109)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perawatan diri pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Perawatan Diri (L. 11103 hal 81)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengenakan pakaian</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b> <b>Promosi Kebersihan (L.11358 hal 367)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kemampuan fisik dan mental)</li> </ol>

		<p>meningkat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kemampuan ke toilet meningkat.</li> <li>3. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</li> </ol>	<p>2. Identifikasi kemandirian melakukan upaya kebersihan diri dan lingkungan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi dalam melakukan upaya kebersihan diri sesuai kebutuhan.</li> <li>2. Motivasi partisipasi keluarga dalam upaya promosi kebersihan</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat kebersihan bagi kesehatan.</li> </ol>
3.	Risiko jatuh dengan faktor risiko kekuatan otot menurun (D. 0143)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat jatuh pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L. 14138)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>3. Jatuh saat dipindahkan menurun</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b> <b>Pemasangan Alat Pengaman (I. 14530)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasang alat pengaman(<i>handrail</i>) untuk membatasi mobilitas fisik atau akses pada situasi yang membahayakan.</li> <li>- Berikan tempat tidur yang rendah dan alat-alat bantuan.</li> </ul>
4.	Risiko perdarahan dengan faktor risiko kelamahan (D. 0012)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan control resiko perdarahan pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Kontrol Resiko (L.14128 hal 60)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat.</li> <li>2. Kemampuan mengenali status Kesehatan meningkat.</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b> <b>Pencegahan perdarahan (I. 02067)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), <i>Partial thromboplastin time</i> (PTT), Fibrinogen.</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul>

		<p>3. Kemampuan mengenali perubahan status Kesehatan meningkat</p> <p>4. Pemantauan perubahan status Kesehatan meningkat.</p>	<p>untuk menghindari konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i>.</li> </ul>
5.	Risiko konstipasi dengan faktor resiko efek agen farmakologis (D. 0052)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan eliminasi fekal pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Eliminasi Fekal (L.04033)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</li> <li>2. Distensi abdomen menurun</li> <li>3. Konsistensi feses cukup membaik</li> <li>4. Frekuensi defekasi cukup membaik</li> </ol>	<p><b>Intervensi Utama:</b></p> <p><b>Manajemen Konstipasi (I. 04155)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa tanda dan gejala konstipasi</li> <li>- Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, volume, dan warna)</li> <li>- Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan diet tinggi serat</li> <li>- Lakukan masase abdomen, <i>jika perlu</i></li> <li>- Berikan enema atau irigasi, <i>jika perlu</i></li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan etologi masalah dan alasan Tindakan</li> <li>- Anjurkan peningkatan asupan cairan, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi penggunaan obat pencahar: Laxadine 30 ml.</li> </ul>

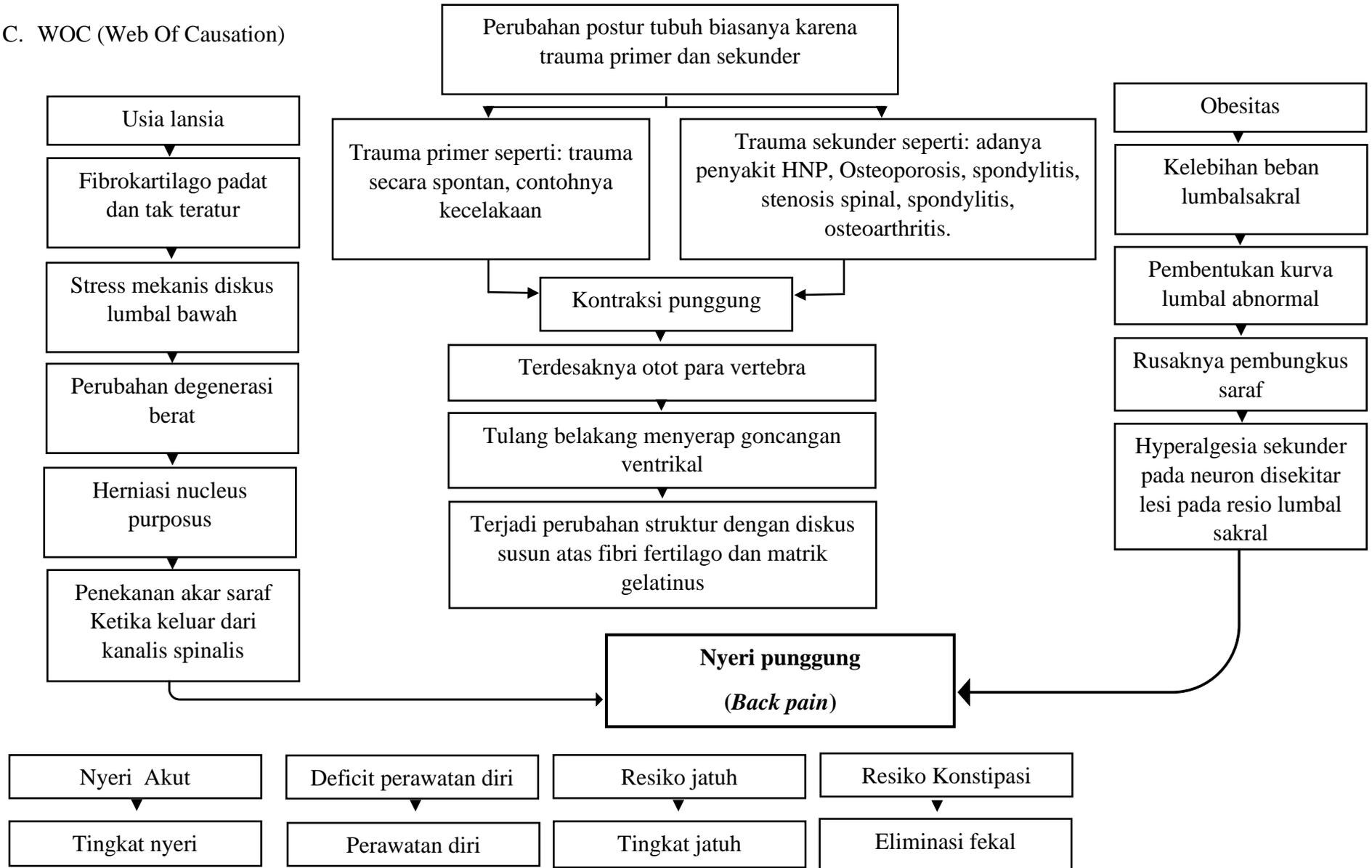
#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahapan mengaplikasikan rencana atau Tindakan asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnosis yang diangkat kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana Tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila hasil yang diharapkan belum tercapai, intervensi yang sudah ditetapkan dapat dimodifikasi. Evaluasi dapat berupa struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan. Evaluasi asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjektif, objektif, assessment, planning*) (Achjar, 2012).

C. WOC (Web Of Causation)



Tingkat nyeri	Perawatan diri	Tingkat jatuh	Eliminasi fekal
<p>Manajemen nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor nyeri</li> <li>2. Berikan Teknik non farmakologis dengan kompres hangat</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Kolaborasi pemberian analgetic: MST&amp;Ketorolac</li> </ol>	<p>Promosi kebersihan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi kemandirian pasien</li> <li>2. Fasilitasi dalam melakukan upaya kebersihan</li> <li>3. Motivasi partisiapsi keluarga upaya promosi kebersihan</li> <li>4. Jelaskan manfaat kebersihan</li> </ol>	<p>Pemasangan alat pengaman:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang alat pengaman</li> <li>2. Berikan tempat tidur yang rendah</li> <li>3. Berikan alat pemanggil perawat</li> <li>4. Anjurkan menjauhkan barang yang membahayakan</li> </ol>	<p>Manajemen konstipasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Periksa konsistensi feses</li> <li>3. Anjurkan diet tinggi serat</li> <li>4. Lakukan masasse abdomen</li> <li>5. Berikan enema</li> <li>6. Kolaborasi obat pencahar: Laxadine</li> </ol>

Sumber: <https://www.scribd.com/document/336545398/233458571-Woc-Back-Pain>

Gambar 1. Web Of Caution