ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BAPAK L DENGAN PARAPARESE INFERIOR DI RUANG ANGSOKA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA TULIS ILMIAH

Oleh :

AYU MELINDA

NIM: 1311308210734

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA 2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. **Latar Belakang Masalah**.

Kesehatan merupakan hak dasar manusia dan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia, disamping juga karunia dari Tuhan yang Maha Esa yang perlu disyukuri. Oleh karena itu, kesadaran perlu diperihara dan ditingkatkan kualitasnya serta dilindungi dari ancaman yang merugikan (Yogi,2009).

Perilaku masyarakat yang diharapkan Indonesia sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya, sadar hukum, serta berpatisifasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan(*safe community*). Terwujutnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, tidak hanya oleh perorangan tetapi juga oleh kelompok danbahkan oleh masyarakat, oleh karena itu sejalan dengan upaya bidang kesehatan dan kemajuan teknologi maka pola kesehatan akan terus ditingkatkan terutama pada masalah-masalah yang dapat menghambat pola aktivitas dan produktivitas(Yogi,2009).

Pembangunan dibidang kesehatan, ditunjukan untuk tercapainya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk, agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal,sebagian unsur kesejahteraan umum dari ujung nasional.sistempelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, karena melalui asuhan keperawatan yang baik dan berkesinambungan, maka kebutuhan bio, psiko, sosial, spiritual, dan kultur dapat terpenuhi (Hidayat,2006).

Masyarakat jaman sekarang kurang memperhatikan kesehatan terutama pada kondiri neurologis yang di tandai dengan kelemahan atau kelumpuhan parsial ditungkai bawah biasanya disebut dengan paraparese ada beberapa kondisi ini. Hal ini biasanya tidak dapat disebutkan, meskipun dapat dikelola, dan pasien dapat menerima bantuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan untuk membantu dan mempertahankan otot di kaki (Bromley, 2006).

Menurut ASIA (2000) seperti yang dikutip Trombly (2000), paraparese karena *spinal cord injury*dapat berupa paraplegia komplit dan paraparese inkomplit.Pada paraparese komplit, pasien kehilangan fungsi sensorik dan motorik hilang segmen sakral yang terbawah.Sedangkan pada paraparese inkomplit pasien kehilangan sebagian fungsi sensorik dan atau motorik.

Paraparese adalah terjadinya gangguan antara dua anggota gerak tubuh bagian bawah.Hal ini terjadi karena adanya efek antara sendi facet superior dan inferior (parsinterartikularis). Paraparese adalah adanya defek pada pars interartikularis tanpa subluksasi korpus vertebrata .parapareses terjadi pada 5% dari populasi. Kebanyakan penderita tidak menunjukan gejala atau gejalanya hanya minimal, dan sebagian besar kasus dengan tindakan konservatif memberikan hasil yang baik. Parapareses dapat terjadi pada semua level vertebrata, tapi yang paling sering terjadi pada vertebrata lumbal bagian bawah(Iskandar,2006).

Kasus cidera pada tulang vertebra sekitar 70% karena trauma dan kurang lebih setengahnya termasuk cedera pada vertebra, sekitar 50% dari kasus trauma dikarenakan oleh kecelakan lalu-lintas. Kecelakaan industry sekitar 26%, kecelakaan dirumah sekitar 10%mayoritas dari kasus trauma di temukan adanya fraktur atau dislokasi, kurang dari 25% hanya fraktur saja(Bromley,2006).

Permasalahan yang sering terjadi akibat cidera tulang belakang terutama paraparese yaitu *impairment* seperti penurunan kekuatan otot pada ke dua ekstremitas bawah sehingga potensi terjadi kontraktur otot, keterbatasan LGS, *decubitus*, dan penurunan atau gangguan sensasi.*Fungsional limitation* seperti adanya gangguan fungsional dasar seperti gangguan miring, duduk dan berdiri serta

gangguan berjalan, dan *disability* yaitu ketidakmampuan melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan lingkungan.

Pasien yang terkena penyakit paraparese akan mengalami kelemahan pada bagian anggota gerak tubuh bagian bawah, pasien akan mengalami kelumpuhan, contohnya sulit berjalan, sulit melakukan aktifitas sehari-hari, nyeri di bagian ekstremitas bawah dan goyah atau mudah terjatuh.

Berdasarkan data yang diambil dari catatan medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie di ruang angsoka terhubung mulai bulan mei 2016 sampai dengan bulan juni 2016 jumlah penderita Paraparese sebanyak 1 orang dalam satu bulan terakhir.

Dari latar belakang diatas maka penulis tertarik membuat karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Bapak L Dengan Paraparese Inferior Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yaitu “Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien bapak L Dengan Paraparese Inferior Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”?

C. **Tujuan Penulisan**.

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini terbagi berikut:

1. Tujuan umum

   Memperolah gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien bapak L dengan paraparese inferior di ruang angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

   Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien bapak L dengan diagnosa Paraparese Inferior di ruangan angsoka RSUD Abdula Wahab Sjahranie Samarinda, dan menganalisa kesenjangan-senjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal ini:

   a. Pengkajian
   b. Diagnosa keperawatan
   c. Perencanaan
   d. Evaluasi

D. Metode penelitian.

Dalam penulisan karya tulisan ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan data secara objek dimulai dari pengumpulan data, pengolahan sampai evaluasi dan selanjutnya menyajikan dalam bentuk narasi. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis memperoleh data melalui:

1. Wawancara langsung dengan tanya jawab pada pasien, keluarga, pembimbing.
2. Observasi yaitu dengan cara mengamati langsung pada saat melakukan asuhan keperawatan.
3. Pemeriksaan fisik sebelum melakukan pemeriksaan dan tindakan keperawatan.
4. Dokumentasi menggunakan dokumentasi yang berhubungan dengan judul karya tulis ini, seperti catatan medis, catatan keperawatan, dan lain sebagainya.
5. Studi keperawatan mempelajari litelatur yang berkaitan atau relevan dengan isi karya tulis seperti buku dan internet.

E. Sistematika penulisan

Bab satu penulisan menggunakan latar belakang masalah, ruang lingkup bahasa, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sestematika penulisan karya tulis ilmiah ini.

Bab dua berisikan tinjauan pustaka yang meliputi konsep dasar penyakit terkait dengan masalah kesehatan utama, meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksanaan medias, komplikasi, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, dan dokumentasi keperawatan.

Bab tiga berisikan tujuan khusus yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan, sesuai dengan asuhan keperawatan yang dilakuka.

Bab empat berisikan pembahasan yang membandingkan antara teori dengan kasus yang di temukan.

Bab lima berisikan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Paraparese inferior adalah sindrom klinis dimana prosesnya dimediasi oleh sistem imun menyebabkan cedera neural medula spinalis dan mengakibatkan berbagai derajat disfungsi motorik, sensori, dan autonomi. Penyakit ini dapat menyerang anak-anak maupun dewasa pada semua usia. Akan tetapi puncak usia adalah antara usia 10-19 tahun dan 30-39 tahun(Anwar,2006).

Paraparese adalah kelemahan/kelumpuhan parsial bagian ekstremitas bawah yang ringan/tidak lengkap atau suatu kondisi yang ditandai oleh hilangnya sebagian gerakan atau gerakan terganggu. Kelemahan adalahhilangnya sebagian fungsi otot untuk untuk satu atau lebih kelompok otot yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas bagian yang terkena(Apley,2006).

B. Etiologi

Penyebab paraparese inferior adalah sindrom klinis berupa berbagai derajat disfungsi motorik, sensori, dan autonomy yang disebabkan oleh peradangan fokal di medulla spinalis. Pasien

biasanya mengalami kecacatan karena cedera pada neural sensori, motorik dan autonomi di dalam medulla spinalis(Anwar,2006).

Paraparese dapat di sebabkan oleh suatu infeksi, satu hingga dua segmen dari medulla spinalis dapat rusak secara sekaligus. Infeksi langsung dapat terjadi melalui emboli septik (Japardi, 2006).

Paraparese adalah suatu keadaan berupa kelemahan pada ekstremitas.Paraparese bukan merupakan suatu penyakit yang berdiri sendiri, namun merupakan suatu gejala, ang disebabkan adanya kelainan patologis pada medulla spinalis (Ngastiyah, 2005).

Kelainan-kelainan pada medulla spinalis tersebut diantaranya adalah *multiple sclerosis*, suatu penyakit inflamasi dan demyelinisasi yang di sebabkan oleh berbagai macam hal. Diantaranya adalah genetik, infeksi dan virus dan faktor lingkungan (Sudoyo, 2006)

Selain itu paraparese juga dapat disebabkan oleh tumor yang menekan medulla spinalis, baik primer maupun skunder. Juga dapat disebabkan oleh kelainan *vascular* pada pembulu darah medulla spinalis, yang bisa berujung pada stroke medulla spinalis (Iskandar, 2006).

Semua keadaan tersebut dapat menyebabkan terjadinya paraparese inferior yang apabila tidak segera ditangani akan memperburuk keadaan penderita. Sehingga diagnosis dan penanganan yang tepat pada kelainana-kelainan diatas di harapkan

dapat membantu penderita paraparese untuk mewujudkan kondisi yang optimal (Iskandar, 2006).

C. Patofisiologi

Lesi yang mendesak medulla spinalis sehingga merusak daerah jaras kortikospinalis lateral dapat menimbulkan kelumpuhan UMN pada toto-otot bagian tubuh yang terletak dibawah tingkat lesi. Lesi transversal medulla spinalis pada tingkat servikal, misalnya C5 dapat mengakibatkan kelumpuhan UMN pada otot-otot, kedua lengan yang berasal dari miotoma C6 sampai miotoma C8, lalu otot-otot toraks dan abdomen serta seluruh otot-otot kedua ekstremitas (Bromley, 2006).

Akibat terputusnya lintasan *somatosensory* dan lintas autonom neurovegetatif asendens dan desendens, maka dari tingakat lesi kebawah, penderita tidak dapat melakukan buang air besar dan kecil, serta tidak memperlihatkan reaksi neurovegetatif (Bromley, 2006).

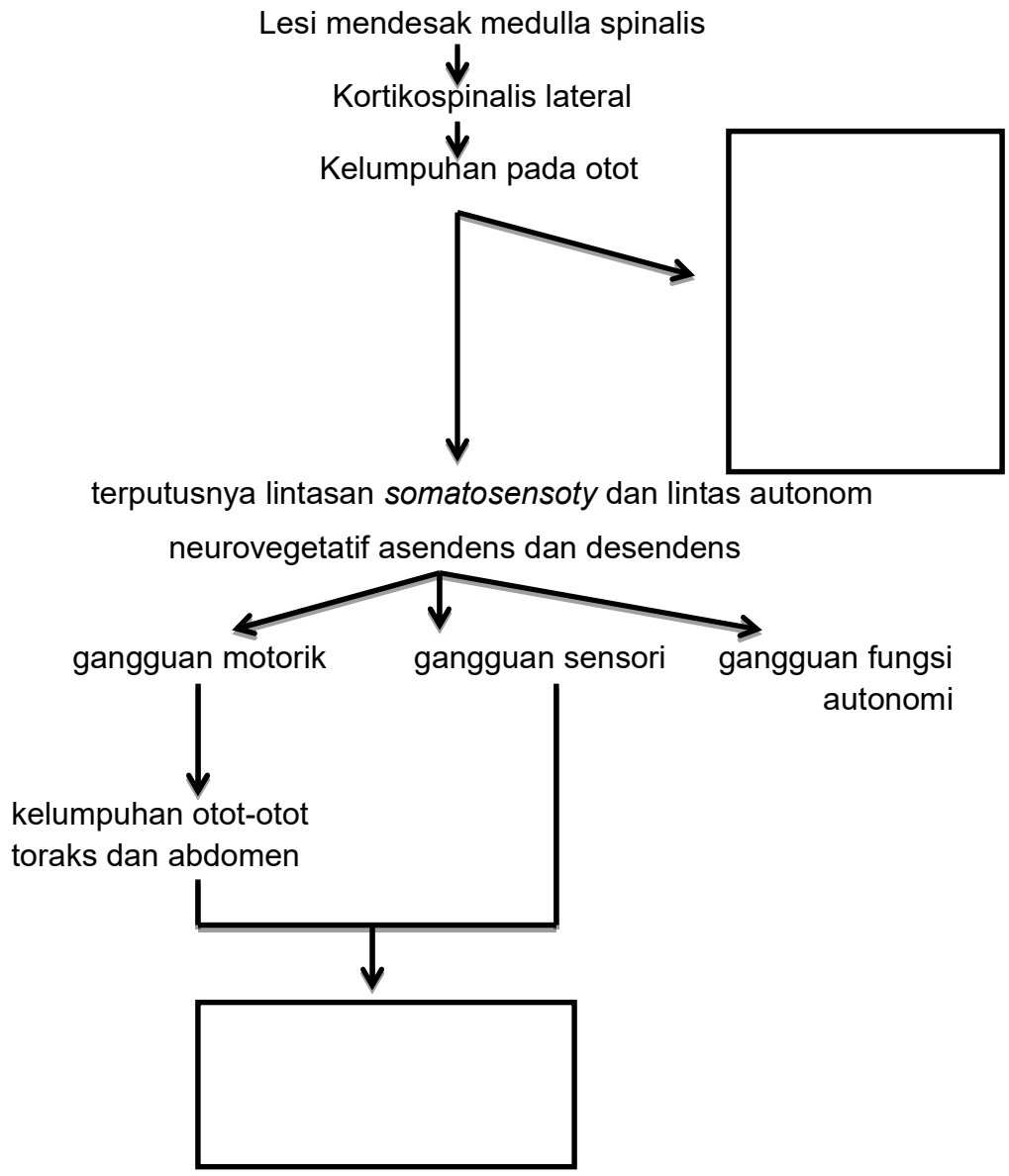
Lesi transversal yang memotong medulla spinalis pada tingkat torakal atau tingkat lumbal atas mengakibatkan kelumpuhan yang pada dasarnya serupa dengan lesi yang terjadi pada daerah servikal yaitu pada tingkat lesi terjadi gangguan motorik berupa kelumpuhan LMN pada otot-otot yang merupakan sebagian kecil dari otot-otot toraks dan abdomen, namun kelumpuhan yang terjadi tidak begitu jelas terlihat dikarenakan peranan dari otot-otot tersebutkurang menonjol, hal ini dikarenakan lesi dapat mengenai kornu anterior

medulla spinalis. Dan dibawah tingkat lesi dapat terjadi gangguan motoric berupa kelumpuhan UMN karena jaras kortikospinal lateral segmen thorakal terputus (Apley, 2006).

Gangguan fungsi sensori dapat terjadi karena lesi yang mengenai kornu posterior medulla spinalis maka akan terjadi penurunan fungsi sensibilitas dibawah lesi, sehingga penderita berkurang merasakan adanya rangsangan taktil, rangsangan nyeri, rangsangan thermal, rangsangan discrim dan rangsangan lokas (Apley, 2006).

Gangguan fungsi autonomy dapat terjadi karena terputusnya jaras ascenden spinothalamicu sehingga inkotinensial urin dan inkotinensial alvi.Tingkat lesi transversal di medulla spinalis mudah terungkap oleh batas defisit sensorik.Dibawah batas tersebut, tanda-tanda UMN dapat ditemukan pada kedua tungkai secara lengkap (Apley, 2006).

Patway



D. Tanda dan gejala

Bawah paraparese memiliki gejala sendri yang spesifik, gejala utama adalah (Japardi, 2004).

1. sensitivitas kulit pada kaki berkurang.
2. Nyeri dibagian ekstremitas bawah.
3. Kesulitan membungkuk dan meluruskan kaki.
4. Ketidak mampuan untuk menginjak tumit.
5. Kesulitan berjalan.
6. Goyah/mudah terjatuh.

Gejala ini mulai muncul dengan cepat dan pada saat yang sama disimpan untuk waktu yang lama. Dalam kasus yang parah, paraparese dari ekstremitas bawah pada orang dewasa bergabung dan disfungsi organ panggul. Selain itu dapat didiagnosis kelemahan otot yang parah, manusia menjadi apati, hamper tidak makan dan tidur perubahan suasana hati, gangguan usus, peningkatan suhu tubuh dan mempengaruhi pertahanan tubuh (Ngastiyah, 2005).

Pada anak-anak penyakit ini didiagnosis dan tanpa adanya penyakit. Pada usia yang lebih tua, diagnosa harus baik dihapus atau di komfirmasikan (Carpenito, 2005).

Ketika lebih rendah spastik paraparese orang merasakan apa-apa dikakinya yang terkena , dia sering dapat dibakar atau menyakiti diri sendiri dan tidak ada itu tidak merasa. Oleh karena itu orang-orang dengan gejala ini membutuhkan perawatan khusus dan observasi (Hariyono S,2003).

E. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan fokus untuk mengurangi peradangan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan memberi terapi imunomodulator seperti steroid, plasmapheresis, dan imunomodulator lain. Ketika fase akut selesai, biasanya pasein akan meninggalkan gejala sisa yang sangat mempengaruhi hidupnya. Lamanya fase penyembuhan tergantung terapi fisik dan okupasi yang diberikan segera mungkin. Kuat, mencegah decubitus, kontaktur, dan mengajari mereka bagaimana mengkompensasi defisit yang permanen(Ngastiyah,2005).

Peranan perawat terhadap pasien dengan paraparese inferior adalah sebagian pemberian asuhan keperawatan yang dibutuhkan melalui menggunakan proses keperawatan sehingga dapat di tentukan diagnose keperawatan agar bisa direncanakan dan di laksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan kebutuhan dasar manusia (Hidayat A, 2004).

1. Melakukan alih baring karena klien tidak bisa lagi menggerakan tungkainya, disamping untuk mengurangi resiko luka decubitus pada klien, disamping itu juga melakukan perawatan kulit dipunggung yang baik dengan memasase,memberikan minyak untuk mengurangi penekanan (Hidayat A, 2004)
2. ROM dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah ke anggota gerak yang lumpuh (Hidayat A, 2004).

3. Nyeri yang dirasakan dapat dilakukan dengan tekhik masase atau dengan distraksi (Hidayat A, 2004).

F. Komplikasi

Menurut Ngastiyah (2005) Komplikasi yang terjadi berupa:

1. Disfungsi neural .
2. System motorik.
3. System sensori.
4. Autonomy.

G. Pemeriksaan Diagnostik.

Menurut Sudoyo, dkk (2006) Pemeriksaan yang harus dilakukan yaitu:

1. MRI : menunjukkan daerah yang mengalami fraktur, infark, hemoragik.
2. Tes darah
3. Urinalisis , analisis
4. Penentuan jumlah vitamin B12 dan asam folat.
5. CT scan : untuk melihat adanya edema, hematoma, iskemi dan infark.
6. Rontgen : menunjukan daerah yang mengalami fraktur, dan kelainan tulang.

H. **Asuhan keperawatan**.

Asuhan keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah actual atau resiko dalam rangka

mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya, dilihat dari status kesehatan pasien, diagnose dapat di bedakan menjadi actual, potensial, resiko, dan kemungkinan(Tarwoto,2006).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses sistematis dari pengumpulan verifikasi, dan komunikasi data tentang pasien, fase proses keperawatan ini mengcakup dua langkah: pengumpulan data dari sumber primer (pasien) dan sumber sekunder (keluarga pasien dan tenanga kesehatan) dan analisa data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan (Potter & Perry,2006).

Berdasarkan teori pengkajian (Doenges, 2010), adalah meliputi.

a. Aktivitas/isterahat

Tanda : kelumpuhan otot (terjadi kelemahan selama syok spinal) pada/dibawah lesi.

Kelemahan umum/kelemahan otot (trauma dan adanya kompresi saraf).

b. Sirkulasi

Gejala : berdebar-debar, pusing saat melakukan perubahan posis atau bergerak.

Tanda : hipotensi, hipotensi postural, bradikardi, ekstremitas dingin dan pucat. Hilangnya keringan pada daerah yang terkena

c. Eliminasi

Tanda : inkontiensia defekasi dan berkemih.

Retensi urine, distensi abdomen, peristaltic usus hilang, melena, emisis berwarna seperti koping tanah/hematemesis.

d. Integritas ego

Gejala : menyangkal, tidak percaya, sedih, marah.

Tanda :Takut, cemas, gelisah, menarik diri,

e. Makanan/cairan

Tanda :Mengalami distensi abdomen, peristaltik usus hilang (ileus paralitik)

f. Higiene

Tanda :Sangat ketergantungan dalam melakukan aktifitas sehari-hari (bervariasia)

g. Neurosensori

Gejala : kebas, kesemutan, rasa terbakar pada lengan/kaki.paralisis flasid/spastisitasdapat terjadi saat syok spinal teratasi, tergantung pada area spinal yang sakit.

Tanda : kelemahan, keelumpuhan (kejang dapat berkembang saat terjadi perubahan pada saat syok spinal. Kehilangan sensai (derajat bervariasi dapat kembali normal setelah syok

spinal sembuh).Kehilangan tonus otot/vasomotor.Kehilangan reflek/reflek asimetris termasuk tendon dalam.Perubahan reaksi pupil, ptosis, hilangnya keringat dari bagian tubuh yang terkena karena pengaruh trauma spinal.

h. Nyeri/kenyamanan.

   Gejala : nyeri/nyeri tekan otot, hiperestesia tepat diatas daerah trauma.

   Tanda :Mengalami deformitas, postur, nyeri tekan vertebral.

i. Pernafasan

   Gejala : napas pendek, “lapar udara”, sulit bernafas.

   Gejala :Pernapasan dangkal, periode apnea, penurunan bunyi nafas, rongki, pucat, sianosis.

j. Keamanan

   Gejala :Suhu yang berfluktasi (suhu tubuh ini diambil dalam suhu kamar).

k. Seksualitas

   Gejala : keinginan untuk kembali seperti fungsi normal.

   Tanda : ereksi tidak terkendali (priapisme), menstruasi tidak teratur.

2. Diagnosa keperawatan

a. Kerusakan mobilitas fisik b.d kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori.

b. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit b.d penurunan imobilitas, penurunan sensori.
c. Retensi urine b.d ketidakmampuan untuk berkemih secara spontan, terputusnya jaras spinothalamikus.
d. Konstipasi b.d adanya atoni usus sebagai akibat gangguan autonomik, terputusnya jaras spinothalamikus.
e. Nyeri b.d pengobatan, immobilitas lama, cedera psikis.
f. Kurangnya pengetahuan b.d penyakit dan pengobatan.

3. Perencanaan

a. Kerusakan mobilitas fisik b.d kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori.

Tujuan :

Memperbaiki mobilitas

NOC :

Mempertahankan posis fungsi dibuktikan oleh tak adanya kontraktur meningkatkan kekuatan bagian tubuh yang sakit/kompensasi, mendemonstrasikan teknik / perilaku yang memungkinkan melakukan kembali aktifitas.

NIC :

1.1 Kaji fungsi-fungsi sensori dan motorik pasien setiap 4 jam.

1.2 Ganti posisi pasien setiap 2 jam dengan memperhatikan

1.3 kestabilan tubuh dan kenyamanan pasien.

1.4 Beri papan penahan pada kaki.

1.5 Lakukan ROM pasif setelah 48-72 setelah cedera 4-5 kali/ hari.

1.6 Monitor adanya nyeri dan kelemahan pada pasein.

1.7 Konsultasikan kepada fisioterapi untuk latihan.

b. Resiko terhadap kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan penurunan immobilitas, penurunan sensori.

Tujuan :

Mempertahankan intergritas kulit.

NOC :

Keadaan kulit pasien utuh, bebas dari kemerahan,bebas dari infeksi pada lokasi yang tertekan.

NIC :

2.1 Kaji faktor resiko terjadinya gangguan intergritas kulit.

2.2 Kaji keadaan pasien setiap 8 jam.

2.3 Gunakan tempat tidur khusus (dengan busa)

2.4 Ganti posis setiap 2 jam dengan sikap anatomi.

2.5 Pertahankan kebersihan dan kekeringan tempat tidur dan tubuh pasien.

2.6 Lakukan pemijatan khusus/lembut diatas daerah yang lunpuh.

2.7 Kaji nutrisi pasien dan berikan makanan myang tinggi protein.

2.8 Lakukan perawatan luka pada daerah yang lecet/ rusak setiap hari.

c. Retensi urein yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk berkemih secara spontan, terputusnya jaras spinothalamikus.

Tujuan :

Peningkatan eliminasi urein

NOC :

Pasien dapat mempertahankan pengosongan blodder tanpa residu dan distensi, keadaan urine jernih, kultur urine negatkif, intake dan output cairan seimbang.

NIC :

3.1 Kaji tanda-tanda infeksi saluran kemih.

3.2 Kaji intake dan output cairan.

3.3 Lakukan pemasangan kateter sesuai program.

3.4 Anjurkan pasien untuk minum 2-3 liter setiap hari.

3.5 Cek bladder pasien setiap 2 jam.

3.6 Lakukan pemeriksaan urinalis, kultur dan sensitibilitas.

3.7 Monitor temperature tubuh setiap 8 jam.

d. Konstipasi berhubungan dengan adanya atoni usus sebagai akibat gangguan autonomik, terputusnya jaras spinothalamikus

Tujuan :

Memberikan rasa nyaman.

NOC :

Melaporkan penurunan rasa nyeri atau ketidaknyaman, mengidentifikasi penggunaan keterampilan relaksasi dan aktifitas hiburan sesuai kebutuhan individu.

NIC :

4.1 kaji terhadap adanya nyeri, bantu pasien mengidentifikasi dan menghitung nyeri, misalnya lokasi, tipe nyeri, intensitas pada skala 0-1.

4.2 Berikan tindakan kenyamanan, misalnya perubahan posisi, masase, kompres hangat/dingin sesuai indikiasi.

4.3 Dorong penggunaan teknik relaksasi, misalnya pedoman imajinasi visualisasi, latihan nafas dalam

4.4 Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, relaksasi otot, misalnya contohnya dontren (dentrium); analgetik; antiansietis, misalnya diazepam (valium).

e. Nyeri b.d pengobatan, immobilitas lama, cedera psikis

Tujuan :

Memberikan rasa nyaman

NOC :

Melaporkan penurunan rasa nyeri/ketidaknyamanan, mengidentifikasikan cara-cara untuk mengatasi nyeri,

NIC :

5.1 kaji terhadap adanya nyeri, bantu pasien mengidentifikasi dan menghitung nyeri, misalnya lokasi dan tipe nyeri.

5.2 berikan tindakan kenyamanan, misalnya perubahan posisi, masase, kompres hangat/dingin sesuai indikasi.

5.3 dorong pengguna teknik relaksasi, misalnya, pedoman imajinasi visualisasi, latihan nafas dalam.

5.4 kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, relaksasi otot, misalnya dentren (dentrium);analgetik; anatiansietis. Misalnya diazepam.

f. Kurangnya pengetahuan b.d penyakit dan pengobatan

Tujuan :

Agar keluarga dan pasien bisa mengetahui tentang penyakit dan pengobatan.

NOC :

Pasien mengerti penyakit apa yang di derita dan pengobatan apa yang di berikan.

NIC :

6.1 berikan penjelasan kepada keluarga dan pasien tentang penyakit.

6.2 Menjelaskan pengobatan yang di berikan kepasien.

6.3 Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat kesehatan

4. Pelaksanaan

Menurut Rohmah (2012), pelaksanaan adalah realisasi tindakan untuk mencapai tindakan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobsevasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Komponen tahap implementasi diantaranya sebagai berikut:

a. tindakan keperawatan mandiri dilakukan tanpa pesanan dokter tindakan keperawatan mandiri ini ditetapkan dengan standart practice American nurses association (1973), undang-undang praktek perawat Negara bagian dan kebijakan institusi perawatan kesehatan.

b. Tindakan keperawatan kolaborasi

   Tindakan yang dilakukan oleh perawat bila perawat berkerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam

membuat keputusan bersama yang bertahap untuk mengatasi masalah pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Marillyn E.Doenges, dkk : 2010).

Evaluasi hasil asuhan keperawatan sebagai tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dan seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi ini bersifat sumatif, yaitu evaluasi yang dilakukan sekaligus pada akhir dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukanj dan disebut juga evaluasi pencapaian jangka panjang.

a. Ada tiga alternatif dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

1) Masalah teratasi

Masalah terasi apabila klien atau keluarga menunjukan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengn kriteria pencapaian tujuan yang telah di tetapkan.

2) Masalah teratasi sebagian

Masalah sebagian teratasi apabila klien atau keluarga menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

3) Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi apabila klien atau keluarga sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

6. Dokumentasi

Setelah dilakukan tindakan terhadap klien, kegiatan yang telah dilakukan harus dicatat untuk memungkinkan kelanjutan tindakan keperawatan oleh perawat lain, selain itu catatan keperawatan dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat yang bersangkutan atas tindakan perawatan yang dilakukan. Tujuan dari adanya system pencatatan atau pendokumentasian (Marillyn E. Doenges, dkk : 2010), yaitu :

a. Memfasilitasi kualitas perawatan klien.
b. Memastikan pencatatan tentang kemajuan dengan memperhatikan hasil yang berfokus pada klien atau keluarga

c. Memfasilitasi konsistensi interdisiplin dan komunikasi tujuan suatu kemajuan pengobatan,

.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian ……. 28

B. Diagnosa keperawatan …… 39

C. Perencanaan …… 39

D. Pelaksanaan …….. 49

E. Evaluasi …….. 55

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian ……. 66

B. Diagnosa keperawatan …… 69

C. Perencanaan …… 73

D. Pelaksanaan ……. 75

E. Evaluasi ……. 75

F. Dokumentasi …… 77

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan dari asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yang dimulai dari tanggal 13-15 juni 2016 yang diberikan pada pasien bapak L yang mengalami paraparese , maka penulisan mengambil suatu kesimpulan mengenai :

1. Pengkajian keperawatan

   Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada bapak L diperoleh hasil pengkajian yang terbagi dalam dua kelompok data yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dari data bahwa pasien mengatakan nyeri di bagian kaki, **P**:pasien mengatakan nyeri, **Q**:pasien mengatakan nyeri seperti di gigit binatang. **R**:pasien mengatakan lokasi nyerinya di kedua kaki, **S**:pasien mengatakan skala nyerinya 4-5, **T** : pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi. Pasien mengatakan selalu terjatuh bila tidak di bantu saat melakukan aktivitas. Pasien mengatakan tidak bisa berdiri terlalu lama. Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas tanpa di bantu. Pasien mengatakan sudah 3 malam susah tidur karena merasakan nyeri di bagian kaki. pasien mengatakan tidak mengerti tentang kondisi penyakit dan pengobatan. Sedangkan data objektif didapatkan data sebagai berikut : Pasien terlihat menahan rasa nyeri. TD : 140/100

mmHg, N : 80 x/I,T 36,2, S : 20 x/i. Pasien terlihat berhati-hati bila ingin berjalan maupun berdiri. Pasien banyak menghabiskan waktu di tempat tidur. Pasien terlihat di bantu istri bila ingin kekamar mandi atau wc. Wajah pasien terlihat pucat.Mata cekung.Pasien terlihat lemas.

2. Diagnosa keperawatan

   Berdasarkan dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 13-15 juni 2016 terhadap pasien bapak L terdapat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yaitu diagnosa Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis.Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan penyakit dan pengobatan.

   Akan tetapi terdapat pula diagnosa keperawatan yang tidak sesuai denagn teori namun sesuai dengan kondisi pasien yaitu diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan periper berhubungan dengan hipertensi.Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori.Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan mobilitas di tempat tidur.

3. Intervensi

   Dari diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien bapak L telah dilakukan penentuan prioritas, penetapan tujuan, kriteria hasil dan perumusan perencanaan keperawatan. Perencanaan sangat membantu proses keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan kepada bapak

L yang mengalami paraparese. Perencanaan yang dilakukan ada yang sesuai dengan teori da nada juga yang tidak sesuai dengan teori tetapi dengan melihat kondisi pasien juga, sehingga tidak semua perencanaan dapat dilakukan.

4. Implementasi

   Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien bapak L sudah sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat guna untuk mengatasi masalah yang terjadi pada bapak L, akan tetaoi ada intervensi yang tidak dapat dilakukan oleh perawat, namun dilakukan oleh perawat ruangan.

5. Evaluasi keperawatan

   Dari enam diagnosa keperawatan yang ditemukan pada bapak L terdapat satu diagnosa yang belum teratasi yaitu diagnosa Resiko cidera berhubungan dengan hambatan fisik.

   Serta terdapat lima diagnosa yang sebagian teratasi yaitu diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis. Ketidakefektifan perfusi jaringan periper berhubungan dengan hipertensi.Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuron fungsi motorik dan sensori.Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan mobilitas di tempat tidur.kurangnya pengetahuan berhubungan dengan penyakit dan pengobatan.

B. SARAN

Adapun saran-saran yang dapat penulis barikan untuk perbaikan dalam hal meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Bagi institusi pendidikan

   Diharapkan agar dapat memberikan dan menambah referensi terbaru didalam perpustakan sehingga penyusun karya tulis ilmiah ini mahasiswi dalam mencari literature.

2. Bagi institusi rumah sakit

   Dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan tepat, benar, dan sesuai dengan prosedur hendaknya rumah sakit terus meningkatkan sumber daya manusia dengan melaksanakan pelatihan/seminar untuk perawat dan juga menyediakan fasilitas yang sesuai dengan standar prosedur tindakan keperawatan.

3. Bagi perawat

   Bagi perawat hendaknya selalu meningkatkan kerjasama yang harmonis terhadap seluruh tim kesehatan, meningkatkan ilmu pengetahuan dan skill tindakan, sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan tanpa adanya hambatan.

4. Bagi pasien dan keluarga

   Bagi pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan pola makananny serta menghindari kebiasaan-kebiasaan yang tidak baik yang

dapat mempengaruhi kesehatan khususnya untuk penyakit yang dapat memicu terjadinya penyakit lain.

DAFTAR PUSTAKA

Azrul, Anwar, (2006). Menjaga mutu pelayanan kesehatan, pustaka sinar harapan, Jakarta.

Appley. A. Graham, buku ajaran arthopedi dan fraktur sistem appley, alih bahasa, Edi Nugroho: edisi 7, Jakarta, Widya medical,2006.

Bromley, Ida, 2006; tetraplegia and paraplegi “A Guide for physiotherapist”; fourth edition, Edinburg London melbourn new york and Tokyo, Churcill Livingstone.

Carpenito, L. J., 2005, rencana asuhan keperawatan aplikasi pada praktek klinis, edisi 8,alih bahasa: monica ester, EGC, Jakarta.

Doenge ME (2010).Nursing Careplans. Guidelines for Individualizing client care across the life span. Edition 8. Lphiladelphia F.A Davis company.

Hidayat, A. A. A. (2006). Pengantar kebutuhan dasar manusia : aplikasi konsep dan proses keperawatan. Jakarta. Salemba medika.

Iskandar.(2006). Metodologi penelitian pendedidikan dan social. Jakarta: gaung persada press.

Ngastiyah, 2005, keperawatan.Edisi 2. EGC, Jakarta .

Nanda (2015-2017). Nursing The seris for clinical Excellence. Jakarta: EGC.

potter, P.A, perry, A.G.Buku ajara fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik.Edisi 4.volume 2. Alih bahasa : renata komalasari, dkk.Jakarta : EGC.2006).

Sudoyo, Agus. (2006) spastisitas dan plastisitas kaitannya dengan program fisioterapi kumpulan makalah workshop fisioterapi pada stroke.IKAFI. Jakarta