



**ASUHAN KEPERAWATAN *POST* OPERASI FRAKTUR
CRURIS PADA NY S DAN NN T DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KENANGA RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN
2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Rifta Iga Wati
NIM. 152303101084**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN *POST* OPERASI FRAKTUR
CRURIS PADA NY S DAN NN T DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KENANGA RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN
2018**

**Laporan Tugas Akhir:
Disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan**

**Oleh
Rifta Iga Wati
NIM. 152303101084**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Tuhan YME, Karya Tulis Ilmiah ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua dan keluarga yang telah memberi dukungan, baik berupa doa maupun motivasi, selama menjalankan program studi sampai pada akhirnya akan menyelesaikan program studi;
2. Teman-teman satu angkatan dan sahabat-sahabat yang telah mendukung selama menjalankan program studi sampai penyelesaian karya tulis ilmiah;
3. Seluruh staff, dosen pembimbing, dan civitas akademika yang telah membimbing, mendidik, serta memberikan dukungan dan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.

MOTO

“Ada banyak strategi yang mungkin lebih baik diluar sana, tetapi bukan seberapa banyak cara atau strategi yang Anda tahu, tetapi bagaimana Anda memainkan atau mengeksekusinya lah yang menentukan hasil masa depan”

(((Efendi, 2016)))*)

“Berbuat baiklah, Tuhan tidak tidur melihatmu, Ia akan memberikan yang sepatutnya untukmu sesuai dengan tulusnya niat dan usahamu untuk maju bersama-sama”

(((Efendi, 2016)))**)

*)Efendi, S. (2016). *My Enemy Is Me: Seni Mengatur Waktu Untuk Sukses Di Usia Muda*. Yogyakarta: Penerbit WR.

***)Efendi, S. (2016). *My Enemy Is Me: Seni Mengatur Waktu Untuk Sukses Di Usia Muda*. Yogyakarta: Penerbit WR.

PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Rifta Iga Wati

NIM : 152303101084

Menyatakan bahwa karya ilmiah saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan *Post* Operasi Fraktur *Cruris* Pada Ny. S dan Nn. T Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam karya tulis ilmiah ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika di kemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 17 April 2018

Yang menyatakan,



Rifta Iga Wati
NIM 152303101084

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN *POST* OPERASI FRAKTUR
CRURIS PADA NY S DAN NN T DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
KENANGA RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG TAHUN
2018**

Oleh

Rifta Iga Wati
NIM. 152303101084

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan *Post* Operasi Fraktur *Cruris* Pada Ny. S dan Nn. T Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

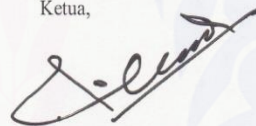
Hari : Kamis

Tanggal : 24 Mei 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

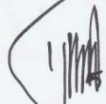
Tim Penguji:

Ketua,



Zainal Abidin, AMK, S.Pd., M.Kes
NIP. 19800131 200801 1 007

Anggota I,



Eko Prasetya W, S.Kep., Ns., M.Kep
NRP. 760017255

Anggota II,



Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.
NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan *Post Operasi Fraktur Cruris* Pada Ny. S dan Nn. T dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga Rsud dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018; Rifta Iga Wati; 152303101084; 2018; 141 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Fraktur *cruris* merupakan terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula yang diakibatkan oleh trauma sehingga menimbulkan cedera yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami prosedur pembedahan. Pembedahan menimbulkan kerusakan jaringan yang dapat menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitisasi dari reseptor-reseptor nosiseptif dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamine dan serotonin yang akan menimbulkan sensasi nyeri dan mengalami masalah keperawatan nyeri akut.

Penulisan laporan kasus ini dilakukan pada 2 pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut. Penulisan yang dilakukan dengan melakukan wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan penulis di RSUD dr. Haryoto Lumajang terdapat pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut, terdapat 10 batasan karakteristik yang muncul yaitu bukti nyeri dengan menggunakan standar periksa nyeri, ekspresi wajah nyeri, focus pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri, keluhan tentang karakteristik nyeri, laporan tentang perilaku nyeri, perubahan pada parameter fisiologis, perubahan selera makan, sikap melindungi area nyeri, sikap tubuh melindungi. Intervensi keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut, data yang digunakan terdapat 3 intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, pemberian analgesic, terapi bantuan untuk mengontrol pemberian analgesic. Terapi manajemen nyeri yang dilakukan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, pemberian analgesic, bantuan untuk mengontrol pemberian analgesic. Pada tahap evaluasi keperawatan, yaitu dari 6 kriteria hasil terdapat 3 kriteria hasil yang berhasil dicapai selama perawatan 3 hari yaitu kontrol nyeri, tingkat nyeri, kepuasan pasien : manajemen nyeri.

Perawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut perlu dilakukan tindakan keperawatan lebih dari 3 hari untuk mencapai 6 kriteria hasil.

SUMMARY

Postoperative Nursing Care for Cruris Fracture on Patient S and Patient T with Nursing Problems of Acute Pain In Kenanga Room of RSUD dr. Haryoto Lumajang 2018; Rifta Iga Wati; 152303101084; 2018; 141 pages; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Cruris fracture is a fracture of the tibia and fibula caused by trauma resulting in injury that may result a person undergoing surgical procedure. Surgery leads to tissue damage that can lead to prostaglandin synthesis, in which this prostaglandin that will cause the sensitization of nociceptive receptors and the release of pain mediator substances such as histamine and serotonin which will cause pain and patient will experience acute pain problems.

The study of this case report was performed on 2 postoperative cruris fracture patients with acute pain nursing problems. The study was done by conducting interviews, physical examination, and observation.

Based on research conducted by the researcher in RSUD dr. Haryoto Lumajang, there are 10 characteristics constrains emerge on patients with postoperative cruris fractures with acute pain nursing problems, that are evidence of pain using standard pain assessment, facial expressions of pain, self-focus, complaints about intensity using standard pain assessment, complaints about pain characteristics, reports about painful behavior, changes in physiological parameters, changes in appetite, protective on areas of pain, protective posture. Nursing intervention on postoperative patient of cruris fracture with acute pain nursing problem, the data used are there are 3 nursing interventions that are pain management, analgesic giving, and a therapy to control analgesic giving. Pain management therapy performed on postoperative patient of cruris fracture with acute pain nursing problem that is relaxation technique of counter finger grips and deep breathing. Implementation of nursing performed in postoperative patient of cruris fracture with acute pain nursing problems in accordance with nursing interventions iepain management, analgesic giving, assistance to control analgesic administration. At the stage of nursing evaluation, there are 3 out of 6 outcomes criteria achieved within the 3 days of treatment, that are pain control, pain level, patient satisfaction: pain management.

The treatment on postoperative patients of cruris fracture with acute pain nursing problem, it needs to be performed more than 3 days of nursing action to reach 6 outcomes criteria.

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan *Post* Operasi Fraktur *Cruris* Pada Ny. S dan Nn. T Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak secara langsung atau tidak langsung maka Karya Tulis Ilmiah ini tidak dapat selesai tepat pada waktunya, untuk itu pada kesempatan ini, disampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Zainal Abidin, AMK, S.Pd., M.Kes selaku ketua penguji
5. Bapak Eko Prasetya., S.Kep., Ners., M.Kep., selaku anggota penguji 1
6. Ibu Arista Maisyaroh, S.Kep.,Ners., M. Kep., selaku anggota penguji 2 sekaligus pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.

Dengan terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberi manfaat. Menyadari bahwa karya ilmiah ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini dan diucapkan terima kasih.

Lumajang, 17 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Persembahan	iii
Motto	iv
Surat Pernyataan.....	v
Halaman Pengesahan	vii
Ringkasan	viii
Summary	ix
Prakata	x
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Fraktur Cruris.....	6
2.1.1 Pengertian Fraktur cruris.....	6
2.1.2 Etiologi Fraktur	7
2.1.3 Patofisiologi	8
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Penatalaksanaan	9
2.1.6 Komplikasi	11
2.2 Konsep Nyeri	11
2.3 Konsep Post Operasi	13
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	19
2.4.1 Toksonomi Diagnosa Keperawatan	19
2.4.2 Pengkajian	21
2.4.3 Diagnosa Keperawatan	34
2.4.4 Intervensi Keperawatan	34
2.4.5 Implementasi Keperawatan.....	37
2.4.6 Evaluasi Keperawatan.....	38
2.4.7 Masalah Keperawatan Lain.....	38
BAB 3 METODE PENULISAN.....	40
3.1 Desain Penulisan	40
3.2 Batasan Istilah	40
3.3 Partisipan.....	41
3.4 Lokasi dan Waktu	42

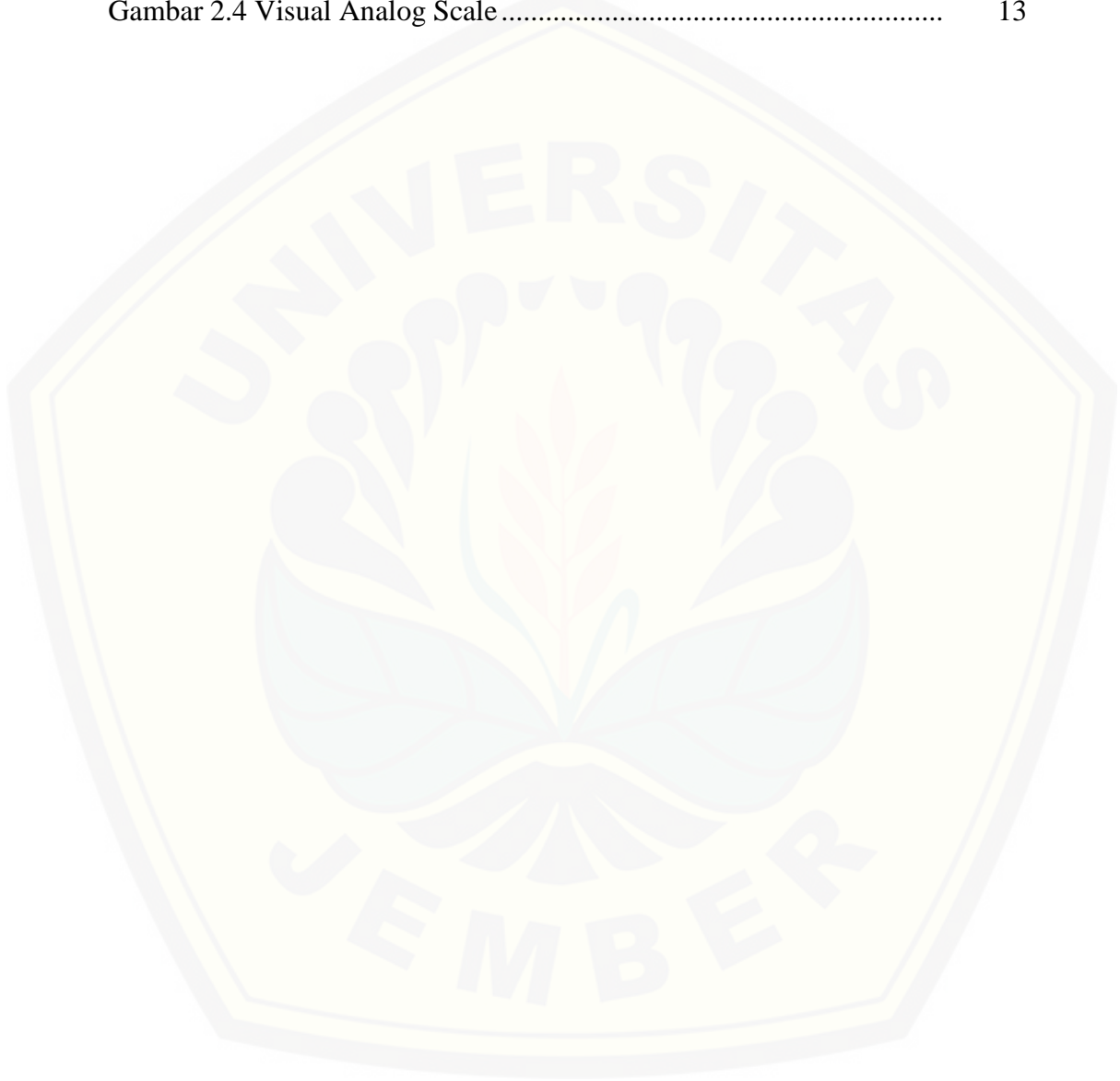
3.5 Pengumpulan Data	42
3.6 Uji Keabsahan Data.....	44
3.7 Penyusunan Laporan Kasus	44
3.8 Etika Penulisan.....	45
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	50
4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	50
4.2 Hasil Dan Pembahasan Asuhan Keperawatan	51
4.2.1 Pengkajian	51
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	70
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	83
4.2.4 Implementasi Keperawatan	87
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	91
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	95
5.1 Kesimpulan	95
5.1.1 Pengkajian Keperawatan	95
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	95
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	95
5.1.4 Implementasi Keperawatan	96
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	96
5.2 Saran.....	96
5.2.1 Bagi Penulis	96
5.2.2 Bagi Perawat	96
5.2.3 Bagi Keluarga.....	97
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	97
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas Pasien	51
Tabel 4.2 Keluhan utama saat MRS dan saat ini.....	53
Tabel 4.3 Riwayat Penyakit sekarang	56
Tabel 4.4 Riwayat penyakit masa lalu dan keluarga.....	58
Tabel 4.5 Pola persepsi dan tata laksana kesehatan	59
Tabel 4.6 Pola Nutrisi	60
Tabel 4.7 Pola eliminasi.....	61
Tabel 4.8 Pola istirahat dan tidur	62
Tabel 4.9 Pola aktivitas	63
Tabel 4.10 Pola sensori dan pengetahuan	64
Tabel 4.11 Pola hubungan interpersonal dan peran	64
Tabel 4.12 Pola persepsi dan konsep diri.....	65
Tabel 4.13 Pola reproduksi dan seksual.....	66
Tabel 4.14 Pola penanggulangan stress dan tata nilai kepercayaan.....	66
Tabel 4.15 Pemeriksaan fisik dan tanda vital.....	67
Tabel 4.16 Pemeriksaan fisik head to toe.....	68
Tabel 4.17 Pemeriksaan fisik sistem musculoskeletal	72
Tabel 4.18 Pemeriksaan Diagnostik.....	74
Tabel 4.19 Program terapi.....	76
Tabel 4.20 Diagnosa Medis	77
Tabel 4.21 Analisa Data	77
Tabel 4.22 Diagnosa Keperawatan	80
Tabel 4.23 Intervensi Keperawatan.....	83
Tabel 4.24 Implementasi Keperawatan.....	87
Tabel 4.25 Evaluasi Keperawatan.....	91

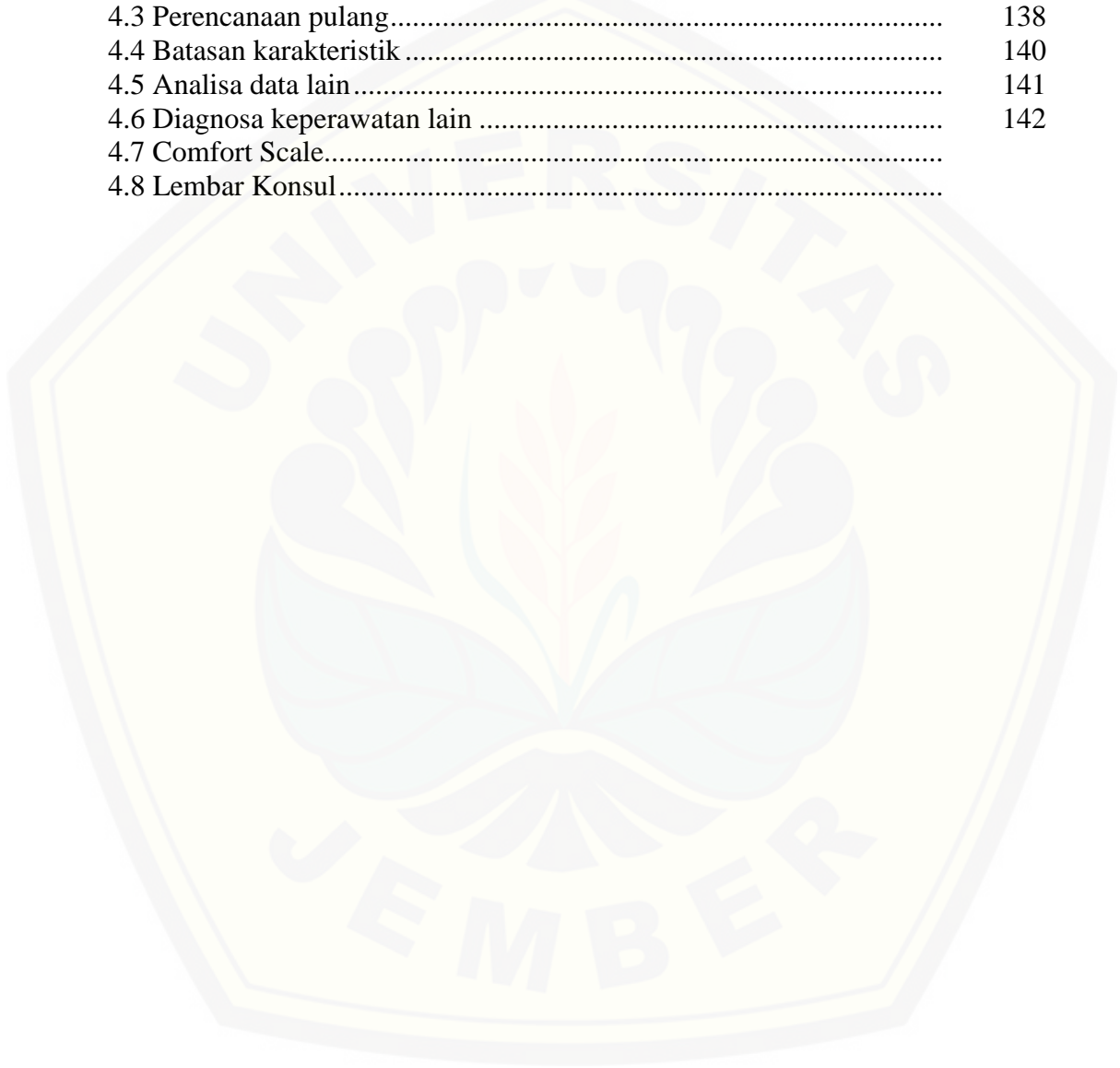
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Fraktur Kruris	8
Gambar 2.2 Verbal Rating Scale.....	11
Gambar 2.3 Numeric Rating Scale.....	12
Gambar 2.4 Visual Analog Scale	13



DAFTAR LAMPIRAN

3.1 Jadwal Penulisan	102
3.2 Informed Consent.....	
4.1 Standar Operasional Prosedur	104
4.2 Satuan Acara Penyuluhan dan leaflet.....	129
4.3 Perencanaan pulang.....	138
4.4 Batasan karakteristik	140
4.5 Analisa data lain.....	141
4.6 Diagnosa keperawatan lain	142
4.7 Comfort Scale.....	
4.8 Lembar Konsul.....	



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan musculoskeletal yang paling sering terjadi akibat suatu trauma musculoskeletal adalah konstusi, strain, sprain, dislokasi dan sublukasi, serta fraktur. Fraktur merupakan istilah hilangnya kontinuitas tulang baik yang bersifat total maupun sebagian (Noor, 2016). Penyebab fraktur adalah trauma yang menimbulkan terbatasnya aktivitas, karena rasa nyeri akibat tergeseknya saraf motorik dan sensorik pada luka fraktur (Permana, 2015). Terutama pada fraktur kruris (Candra, 2014). Berdasarkan studi pendahuluan Puspitasari (2012) fraktur cruris (tibia-fibula) merupakan salah satu kasus kegawatan, dimana pada awal akan memberikan implikasi pada berbagai masalah keperawatan pada pasien, meliputi respon nyeri hebat akibat diskontinuitas jaringan tulang (Puspitasari, 2012). Nyeri merupakan hal yang sering ditemui pada pasien akibat trauma, setelah mengalami prosedur operasi, maupun dikarenakan penyakit yang dideritanya (Saputra dkk, 2013). Ada banyak hal seorang individu dapat merasakan nyeri, salah satunya ialah dengan dilakukannya suatu tindakan operasi, sehingga menimbulkan adanya luka yang disengaja untuk menyembuhkan suatu penyakit yang diderita oleh individu. Luka inilah yang nantinya akan menyebabkan individu dapat merasakan nyeri (Tamsuri, 2012 dalam Satriya, 2014).

Berdasarkan 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8%), dari 20.829 kasus kecelakaan lalu lintas, yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5%), dari 14.127 trauma benda tajam/ tumpul, yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7%) (Triono, 2015). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh Yunuzul Satriya (2014) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 30 November 2013 didapatkan data bahwa pada tahun 2011 penderita fraktur ekstremitas bawah terbanyak ialah fraktur tibia fibula sebesar 53 kasus, sementara hasil pada bulan Oktober sampai November 2013 terdapat peningkatan kejadian fraktur tibia fibula sebanyak 310 kasus (Satriya, 2014). Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhartini Nurdin, dkk

(2013) di Ruang Irnina A BLU RSUP Prof dr. R.D Kandou Manado terhadap 20 responden terkait fraktur dengan masalah nyeri, diketahui yaitu nyeri hebat terkontrol dengan skala intensitas nyeri 7-9 terdapat 11 orang (55,0%), nyeri sedang dengan skala intensitas nyeri 4-6 terdapat 8 orang (40,0 %), dan nyeri ringan dengan skala intensitas nyeri 1-3 terdapat 1 orang (5,0 %) (Nurdin dkk, 2013). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah Haryoto Lumajang dari bulan Januari-Desember 2015 tercatat sebanyak 65 kasus yang mengalami fraktur cruris dan pada bulan Januari-Desember 2016 tercatat 56 kasus yang mengalami fraktur cruris.

Nyeri pasca operasi umumnya disebabkan oleh kerusakan jaringan yang tidak dapat dihindari dan mengakibatkan perubahan pada system saraf perifer dan system saraf pusat. Nyeri ini membantu melindungi area yang mengalami kerusakan maupun inflamasi agar tidak menjadi semakin parah sampai luka tersebut sudah sembuh kembali. Nyeri akut pada pasien setelah operasi umumnya disertai respon emosional dan autonomic respon yang menimbulkan respon fisiologis yang dapat mengganggu proses penyembuhan pasien (Saputra dkk, 2013). Kerusakan jaringan karena trauma baik trauma pembedahan atau trauma lainnya menyebabkan sintesa prostaglandin, dimana prostaglandin inilah yang akan menyebabkan sensitisasi dari reseptor-reseptor nosiseptif dan dikeluarkannya zat-zat mediator nyeri seperti histamine dan serotonin yang akan menimbulkan sensasi nyeri (Vanderah, 2007 dalam Anugerah, 2017). Nyeri pembedahan sedikitnya mengalami dua perubahan, pertama akibat pembedahan itu sendiri yang menyebabkan rangsangan nosiseptif dan yang kedua setelah proses pembedahan terjadi respon inflamasi pada daerah sekitar operasi, dimana terjadi pelepasan zat-zat kimia (prostaglandin, histamin, serotonin, bradikinin, substansi P, dan leukotrien) oleh jaringan yang rusak dan sel-sel inflamasi. Zat-zat kimia yang dilepaskan inilah yang berperan pada proses transduksi dari nyeri (Woolf, 2004 dalam Anugerah, 2017).

Menurut Andarmoyo (2013) dalam (Saputro, 2016) proses terjadinya nyeri ada beberapa tahapan, yaitu : Stimulasi adalah persepsi nyeri reseptor, diantarkan oleh neuron khusus yang bertindak sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat,

dan penghantar menuju sistem saraf pusat. Reseptor khusus tersebut dinamakan nociceptor. Terdapat tiga kategori reseptor nyeri, yaitu nosiseptor mekanisme yang berespons terhadap kerusakan mekanisme nosiseptor termal yang berespons terhadap suhu yang berlebihan terutama panas, nosiseptor polimodal yang berespons setara terhadap semua jenis rangsangan yang merusak, termasuk iritasi zat kimia yang dikeluarkan dari jaringan yang berbeda. Transduksi merupakan proses ketika suatu stimuli nyeri (noxious stimuli) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Transmisi merupakan proses penerusan impuls nyeri dari nociceptor saraf perifer melewati cornu dorsalis dan corda spinalis menuju korteks serebri. Modulasi adalah proses pengendalian internal oleh sistem saraf dapat meningkatkan atau mengurangi penerusan impuls nyeri. Persepsi adalah hasil rekonstruksi susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang diterima (Saputro, 2016).

Pada pasien fraktur kruris yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan (Permana, 2015). Serta dapat menimbulkan berbagai macam gangguan yaitu impairment (berupa bengkak pada ankle dan tungkai bawah, nyeri sekitar luka operasi, keterbatasan luas gerak sendi ankle), functional limitation (berupa kesulitan dalam melakukan aktivitas fungsional terutama jongkok, berdiri dan berjalan) dan disability (ketidakmampuan dalam melaksanakan aktivitasnya seperti semula) (Candra, 2014).

Diperlukan tindakan manajemen nyeri farmakologi dan non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Terapi non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap untuk mendapatkan efek pengobatan farmakologis yang lebih baik. Salah satu teknik non farmakologi adalah teknik relaksasi yang bisa digunakan salah satunya adalah genggam jari yang dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien dengan post fraktur. Teknik relaksasi genggam jari (finger hold) merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalur atau jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari

tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhartini Nurdin, dkk (2013) di Ruang Irnina A BLU RSUP Prof Dr. R.D Kandou Manado terhadap 20 responden terkait fraktur dengan masalah nyeri, diketahui tingkat nyeri sebelum dilakukan teknik relaksasi yaitu nyeri hebat terkontrol dengan skala intensitas nyeri 7-9 11 orang (55,0%), nyeri sedang dengan skala intensitas nyeri numeric 4-6 8 orang (40,0 %), dan nyeri ringan dengan skala intensitas nyeri numeric 1-3 1 orang (5,0 %). Intensitas nyeri yang dirasakan oleh responden yang mengalami nyeri post operasi sesudah teknik relaksasi dilakukan terjadi perubahan intensitas nyeri. Hal ini dapat diketahui dari 11 orang (55,0 %) dengan intensitas nyeri hebat terkontrol berkurang menjadi 10 orang dengan intensitas nyeri sedang dan 1 orang dengan intensitas tidak nyeri. Hal yang sama juga terjadi pada 8 orang (40,0 %) dengan intensitas nyeri sedang berkurang menjadi intensitas nyeri ringan. Intensitas nyeri ringan 1 orang (5,0%) berkurang menjadi tidak nyeri. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ucik Indrawati, (2017) menunjukkan bahwa teknik relaksasi genggam jari berpengaruh terhadap perubahan persepsi nyeri pada pasien pasca operasi fraktur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan perubahan persepsi nyeri dengan hasil p value < 0,05, menjadi p value 0,03 (Indrawati, 2017). Intervensi lain dalam Buku Saku Diagnosis Keperawatan NANDA adalah manajemen medikasi, pemberian analgesic, manajemen nyeri seperti nafas dalam, bantuan analgesia yang dikendalikan oleh pasien serta manajemen sedasi (Wilkinson, 2011). Teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif untuk menurunkan nyeri pada post operasi, selain itu nafas dalam juga dapat meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga nyeri dapat berkurang (Smeltzer., & Bare, 2013 dalam Indriyaswari, 2017). Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan bahwa masalah tentang nyeri akut memberikan pengaruh cukup besar terhadap pasien *post* operasi fraktur *cruris* dalam hal melakukan aktivitas sehari-hari. Sehingga penulis tertarik untuk membuat laporan kasus nyeri akut pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah pembuatan laporan kasus tentang pemberian asuhan keperawatan pada Ny. S dan Nn. T *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut?”

1.3 Tujuan Penulisan

Penelitian ini bertujuan untuk pembuatan laporan kasus tentang pemberian asuhan keperawatan pada Ny. S dan Nn. T *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4 Manfaat Penulisan

Manfaat dari penelitian ini, dapat digunakan untuk penulis, institusi tempat penelitian, keluarga dan pasien, serta pengembangan ilmu pengetahuan.

1.4.1 Bagi penulis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan baru dalam melakukan riset studi kasus terkait dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*.

1.4.2 Bagi institusi penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi tempat pelayanan untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*.

1.4.3 Bagi keluarga dan pasien

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien *post* operasi fraktur *cruris* dan memberikan informasi pada keluarga pasien terhadap tindakan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* supaya dapat diterapkan ketika pasien pulang.

1.4.4 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan menambah informasi dan ilmu keperawatan yang baru terkait dengan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab Tinjauan Pustaka ini, menguraikan tentang landasan teori, yang meliputi konsep fraktur kruris, konsep *post* operasi dan konsep asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*. Literatur yang digunakan dalam bab ini antara lain, yaitu text book, artikel jurnal, tesis, dan skripsi.

2.1 Konsep Fraktur *Cruris*

2.1.1 Pengertian Fraktur *Cruris*

Fraktur *cruris* merupakan patah tulang tibia dan fibula yang biasanya terjadi pada proksimal (kondilus), diafisis atau persendian pergelangan kaki (Muttaqin, 2008).

Fraktur *cruris* terbuka adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula disertai kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara yang luar yang disebabkan oleh cedera dari trauma langsung yang mengenai kaki. (Muttaqin, 2011)

a. Klasifikasi umum fraktur

- 1) Simpleks (tertutup) : fragmen tulang menembus kulit
- 2) Compound (terbuka) : fragmen tulang menembus kulit
- 3) Inkompleta (parsial) : kontinuitas tulang belum terputus seluruhnya
- 4) Kompleta (total) : kontinuitas tulang sudah terputus seluruhnya

b. Klasifikasi berdasarkan posisi fragmen

- 1) Kominutiva (communitated, remuk) : tulang pecah menjadi sejumlah potongan kecil-kecil
- 2) Impakta (impacted) : salah satu fragmen fraktur terdorong masuk kedalam fragmen yang lain
- 3) Angulata (angulated, bersudut) : kedua fragmen fraktur berada pada posisi yang membentuk sudut terhadap yang lain

- 4) Dislokata (displaced) : fragmen fraktur saling terpisah dan menimbulkan deformitas
 - 5) Nondislokata (nondisplaced) : kedua potongan tulang tetap mempertahankan kelurusan
 - 6) Overriding : fragmen fraktur saling menumpuk sehingga keseluruhan panjang tulang memendek
 - 7) Segmental : fraktur terjadi pada dua daerah yang berdekatan dengan segmen sentral yang terpisah
 - 8) Avulsi (avulsed) : fragmen fraktur tertarik dari posisi normal karena kontraksi otot atau resistensi ligamen
- c. Klasifikasi berdasarkan garis fraktur
- 1) Linier : garis fraktur berjalan sejajar dengan sumbu tulang
 - 2) Longitudinal : garis fraktur membentang dalam arah longitudinal (tetapi tidak sejajar) disepanjang sumbu tulang
 - 3) Oblik : garis fraktur menyilang tulang pada sudut sekitar 45 derajat terhadap sumbu tulang
 - 4) Spiral : garis fraktur menyilang pada sudut yang oblik sehingga menciptakan pola spiral
 - 5) Transversal : garis fraktur membentuk sudut tegak lurus terhadap sumbu tulang (Kowalak, 2011)

2.1.2 Etiologi Fraktur

Etiologi fraktur menurut Reksoprodjo, 2010 dalam (Puspitasari, 2012) :

a. Trauma

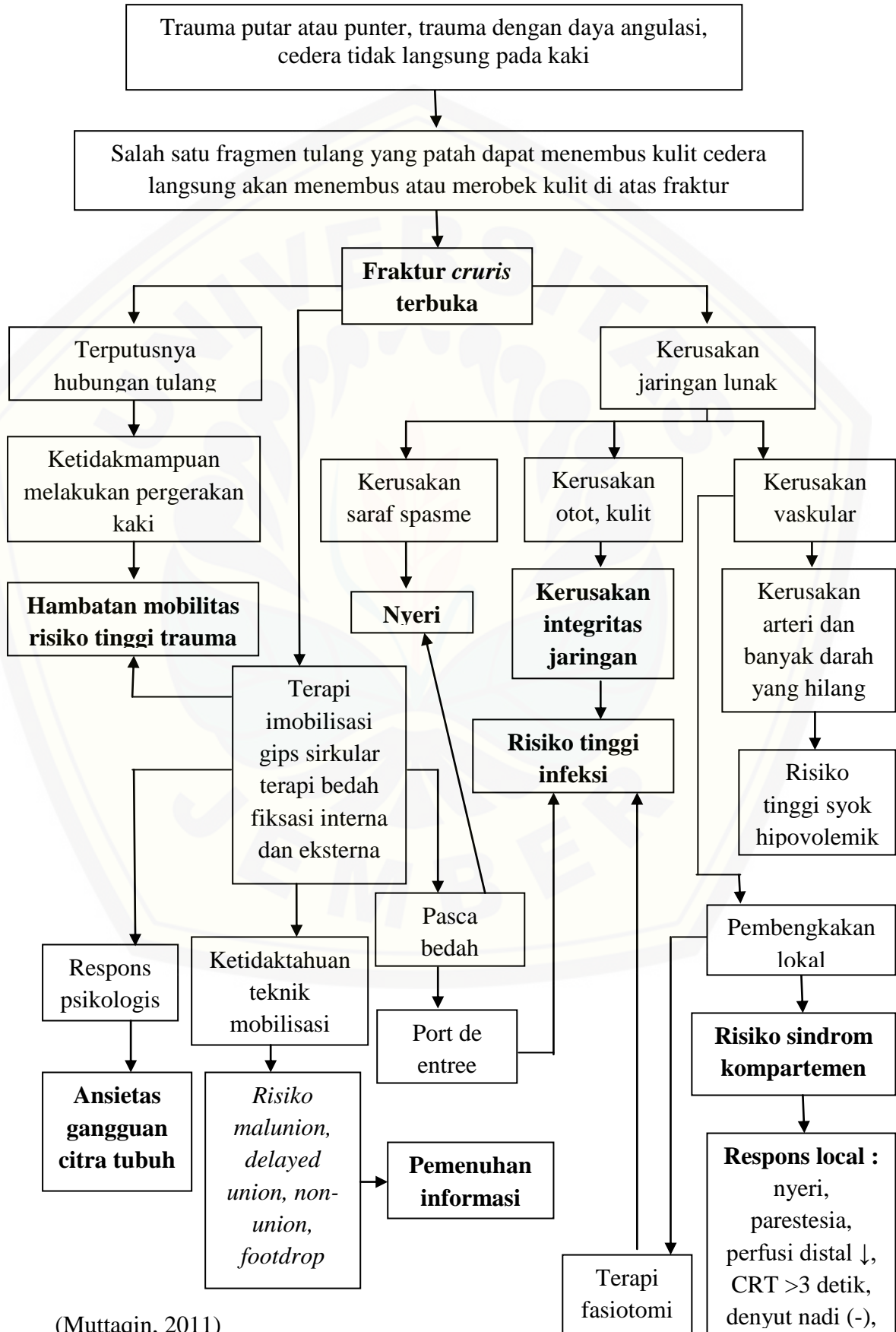
Trauma langsung berhubungan dengan terjadinya benturan pada tulang secara langsung dan mengakibatkan terjadinya fraktur di tempat itu. Trauma tidak langsung terjadi di titik tumpu benturan dengan terjadinya fraktur yang berjauhan.

b. Fraktur patologis disebabkan karena proses penyakit seperti osteoporosis, kanker tulang.

c. Spontan : terjadi tarikan otot yang sangat kuat seperti olah raga.

2.1.3 Patofisiologi

Gambar 2.1 Patofisiologi Fraktur *Cruris*



(Muttaqin, 2011)

2.1.4 Manifestasi Klinis

a. Pembengkakan

Pembengkakan pada ekstremitas merupakan suatu tanda adanya bekas trauma yang terjadi pada pasien. Pembengkakan dapat terjadi pada jaringan lunak, sendi, atau tulang. Pembengkakan juga dapat disebabkan oleh infeksi, tumor jinak, atau ganas.

b. Kelemahan otot

Kelemahan otot biasanya dapat bersifat umum misalnya pada penyakit distrofi muscular atau bersifat local karena gangguan neurologis pada otot.

c. Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada gangguan musculoskeletal. Kebanyakan pasien dengan penyakit atau kondisi traumatic, baik yang terjadi pada otot, tulang, dan sendi biasanya mengalami nyeri.

d. Gangguan sensibilitas

Gangguan sensibilitas terjadi apabila melibatkan kerusakan pada *upper/lower* motor neuron, baik bersifat local maupun menyeluruh. Gangguan sensibilitas dapat pula terjadi apabila terdapat trauma atau penekanan pada saraf.

e. Hilangnya fungsi

Gangguan atau hilangnya fungsi pada sendi dan anggota gerak dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti gangguan fungsi karena nyeri yang terjadi setelah trauma, adanya kekakuan sendi atau kelemahan otot (Noor, 2016).

2.1.5 Penatalaksanaan

a. Konserfatif

Pengobatan standar dengan cara konservatif berupa reduksi fraktur dengan manipulasi tertutup dan pembiusan umum. Gips sirkuler untuk imobilisasi dipasang sampai diatas lutut. *Cast bracing* adalah teknik pemasangan gips sirkuler dengan tumpuan pada tendo patella yang biasanya digunakan setelah pembengkakan mereda (Muttaqin, 2008).

b. Tindakan Operatif

Terapi operatif dilakukan pada fraktur terbuka, kegagalan dalam terapi konservatif, fraktur tidak stabil dan *non-union*. Metode penatalaksanaan tersebut meliputi pemasangan *plate* dan *screw*, *nail* intramedular, pemasangan *screw* saja atau pemasangan fiksasi eksternal (Muttaqin, 2008). Fiksasi internal atau ORIF (*Open Reduction Internal Fixation*), digunakan untuk reduksi terbuka dengan menggunakan pemasangan implant indikasi dari pemasangan fiksasi internal adalah fraktur intra-artikular, misalnya fraktur maleolus, kondilus, olekranon patella. Fiksasi eksternal atau OREF (*Open Reduction External Fixation*), digunakan untuk mengobati fraktur terbuka dengan kerusakan jaringan lunak (Pramono, 2013). Terdapat 4 prinsip penatalaksanaan fraktur meliputi :*recognition* merupakan diagnosis dan penilaian fraktur. Prinsip pertama adalah mengetahui dan menilai keadaan fraktur dengan anamnesis, pemeriksaan klinik, dan radiologis. Pada awal pengobatan perlu diperhatikan lokalisasi fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan dan menghindari komplikasi yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengobatan. *Reduction* merupakan restorasi fragmen fraktur sehingga posisi yang paling optimal didapatkan. Reduksi fraktur apabila perlu, pada fraktur intra-artikular diperlukan reduksi anatomis, sedapat mungkin mengembalikan fungsi normal, dan mencegah komplikasi seperti kekakuan, deformitas, serta perubahan osteoarthritis dikemudian hari. *Retention* atau imobilisasi fraktur. Secara umum teknik penatalaksanaan yang digunakan adalah mengistirahatkan tulang yang mengalami fraktur dengan tujuan penyatuan yang lebih cepat antara kedua fragmen tulang yang mengalami fraktur. *Rehabilitation* merupakan mengembalikan aktivitas fungsional semaksimal mungkin. Program rehabilitasi dilakukan dengan mengoptimalkan seluruh keadaan pasien pada fungsinya agar aktivitas dapat dilakukan kembali. Misalnya, pada pasien pasca amputasi kruris, program rehabilitasi yang dijalankan adalah bagaimana pasien dapat melanjutkan hidup dan melakukan aktivitas dengan memaksimalkan organ lain yang tidak mengalami masalah (Muttaqin, 2008).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul dari fraktur kruris adalah infeksi, *delayed union*, dan *non-union*, kerusakan pembuluh darah (sindrom kompartemen anterior), trauma saraf terutama pada nervus peroneal komunis,, dan gangguan pergerakan sendi pergelangan kaki (Muttaqin, 2008). Beberapa resiko komplikasi yang dapat terjadi pada pasien pasca operasi fraktur adalah syok hipovolemi, atelektasis, pneumonia, retensi urine, infeksi, dan thrombosis vena profunda (Lukman & Ningsih, 2012)

2.2 Konsep Nyeri

Nyeri didefinisikan sebagai rasa yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosi yang berhubungan dengan kerusakan jaringan akut atau potensial. Menurut International Association for the Study of Pain, nyeri dibagi menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang beronset baru, dan kemungkinan berdurasi cepat. Sedangkan nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung dalam waktu yang lama, dan tetap bertahan meskipun cedera yang mengakibatkan nyeri tersebut telah sembuh (Ferdinand & dkk, 2014).

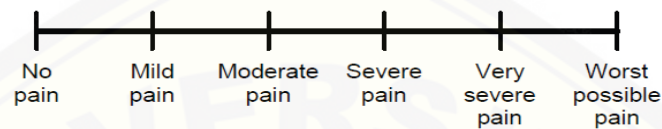
Nyeri tidak dapat diukur dengan pasti dan kadang tidak dapat didefinisikan dengan baik, sehingga penting untuk membuat adanya keseragaman dalam setiap spesialisasi kedokteran untuk dapat mengidentifikasi nyeri secara sistematis. Saat ini ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, yaitu: Verbal Analogue Scale, Verbal Numerical Analogue Scale, Visual Analogue Scale, dan Pain Relief Scale (Ferdinand & dkk, 2014).

a. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini. Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal/kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan katakata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah.

Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali (Yudiyanta, 2015).

Verbal Pain Intensity Scale

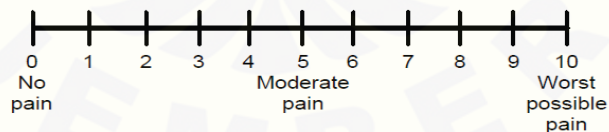


Gambar 2.2 Verbal Rating Scale

b. Numeric Rating Scale (NRS)

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic (Yudiyanta, 2015).

0–10 Numeric Pain Rating Scale

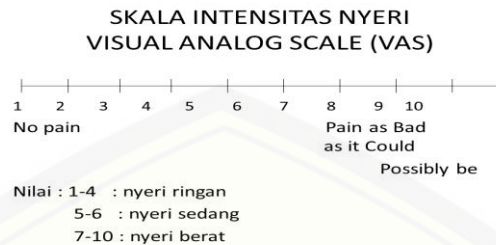


Gambar 2.3 Numeric Rating Scale

c. Visual Analog Scale

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang

satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi (Yudiyanta, 2015).



Gambar 2.4 Visual Analog Scale

d. Comfort scale

Tujuan dari penggunaan skala ini adalah untuk pengenalan dini dari pemberian sedasi yang terlalu dalam ataupun tidak adekuat. Terdapat 9 kategori pengukuran meliputi: kewaspadaan, ketenangan, distress pernafasan, menangis, gerakan, tonus otot, tegangan wajah, tekanan darah basal, dan denyut jantung basal. Setiap kategori memiliki skor 1-5 dengan skor total 9-45 dimana menghasilkan interpretasi skor 8-16 (mengindikasikan pemberian sedasi yang terlalu dalam), skor 17-26 (mengindikasikan pemberian sedasi yang sudah optimal), skor 27-45 (mengindikasikan pemberian sedasi yang tidak adekuat) (Yudiyanta, 2015). Comfort scale dapat dilihat pada lampiran 4.7

2.3 Konsep *Post Operasi*

Postoperasi merupakan fase pascaoperasi pada proses keperawatan perioperatif dimulai dari pasien meninggalkan kamar operasi dan masuk ke ruang pulih-sadar (Muttaqin, 2008). Pasien harus diamati dan harus mendapat bantuan fisik dan psikologis yang intensif sampai pengaruh utama dari anaestesi mulai berkurang dan kondisi umum mulai stabil (Sutrisno, 2010).

1) Perawatan Pasca Bedah

Perawatan penderita pasca bedah memerlukan kerjasama yang baik antara ahli bedah, ahli anestesi, dan perawat terlatih khusus untuk pasien pasca bedah. Pemilihan perawatan penderita, entah diruang pemulihan atau di ICU, disepakati bersama oleh ahli bedah dan ahli anestesi sebelum, selama, atau sesudah operasi.

Banyak factor yang dipertimbangkan untuk merawat pasien di ICU, misalnya kebutuhan pengawasan pernapasan, pemberian cairan atau tranfusi darah, atau tempat tidur khusus (Sjamsuhidajat, 2010).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada penderita pascabedah yaitu oksigenasi dan ventilasi, keseimbangan cairan, suhu tubuh, pemberian terapi antinyeri dan antibiotic, pemberian tranfusi darah dan pemantauan rutin, pemberian nutrisi, pencegahan thrombosis, serta perawatan luka operasi dan penyaliran (Sjamsuhidajat, 2010).

Perintah dokter untuk merawat pasca bedah harus ditulis secara runtut dan rapi. Untuk itu, sebaiknya disediakan lembar khusus berisi petunjuk dan tindakan yang harus dijalankan oleh perawat. Unsur yang harus ada dalam lembar perawatan pascabedah :

- (1) Pemantauan tanda vital (dicatat cara dan waktunya)

- Denyut nadi

- Tekanan darah

- Suhu badan

- Tekanan vena sentral

- (2) Sikap tubuh penderita

- (3) Cairan keluar (jumlah dan waktu)

- Urin

- Cairan sonde lambung

- Perdarahan

- Saliran

- (4) Cairan masuk (jumlah dan waktu)

- Infuse (jumlah, waktu, dan jenis)

- (5) Jenis obat (jumlah, waktu, dan cara pemberian)

- Antibiotic

- Analgesik

- Sedative

- (6) Oksigen (jumlah dan waktu)

(7) Foto roentgen (waktu)

(8) Pemeriksaan laboratorium (waktu)

Pembedahan pada dasarnya merupakan trauma yang menimbulkan perubahan faali. Selain terjadi gangguan faal organ vital (otak, alat napas, sistem kardiovaskuler, hati, ginjal) terjadi juga perubahan metabolisme dan perubahan pada berbagai jaringan, misalnya darah, sistem limfe, kelenjar timus, dan kelenjar adrenal. Perubahan ini antara lain akan menyebabkan gangguan keseimbangan nitrogen dan karbohidrat sehingga terjadi kenaikan kadar gula darah dan kadar nitrogen dalam urin (katabolisme). Natrium dan klorida akan tertahan di ginjal sehingga kadarnya dalam urin turun, sebaliknya kadar kalium dalam urin akan naik karena terjadi penghancuran jaringan sehingga keseimbangan kalium berubah negative (Sjamsuhidajat, 2010). Sedangkan peningkatan leukosit sebagai respon terhadap peradangan (Muttaqin, 2008)

2) Tanda vital

Nadi, tekanan darah, nafas, suhu tubuh perlu dipantau secara rutin. Penderita pascabedah dapat mengalami hipotermia dan hipertermia. Hipotermia dapat terjadi selama pembedahan mayor, dan pasien mungkin tetap dingin selama beberapa jam. Keadaan ini dapat dicegah dengan memberikan selimut hangat, mengatur suhu lingkungan yang memadai, serta menggunakan penghangatan cairan untuk tranfusi dan cairan lain. Hipotermia menyebabkan vasokonstriksi dan menggigil sehingga pasien merasa tidak nyaman. Keadaan ini akan meningkatkan kebutuhan oksigen dan *afterload* jantung akan bertambah. Bila suhu tubuh sentral $> 36^{\circ}\text{C}$, barulah penderita dapat dipindahkan dari ruang pemulihan (Sjamsuhidajat, 2010).

Hipertermia pascabedah disebabkan oleh banyak factor. Beberapa langkah yang dapat ditempuh untuk mengetahui penyebab hipertermia adalah

(1) Pada anamnesis dan peninjauan grafik suhu, perlu ditinjau keadaan prabedah dan masalah pada pembedahan, anestetik dan antibiotic yang diberikan, jenis pembedahan (elektif atau darurat), komplikasi intra dan pascabedah, pemakaian dan letak kateter vascular, kateter urin, atau alat monitor lain, waktu pemberian tranfusi darah, serta riwayat alergi.

- (2) Pada pemeriksaan fisik, perlu diperhatikan mengenai letak operasi dan daerah sekitarnya, tempat dan daerah sekitar terpasangnya kateter dan alat monitor lain, tanda hemostasis vena dalam, emboli paru, atau adanya hematoma, dekubitus akibat nekrosis atau adanya *spoet abscess*, serta saluran nafas bagian bawah.
- (3) Pemeriksaan penunjang meliputi urinalisis dan biakan urin, pemeriksaan sputum dan biakan, pemeriksaan gram dan biakan eksudat dari luka operasi atau saluran, kultur darah, pemeriksaan darah lengkap dan hitung jenis, serta pemeriksaan roentgen toraks.
- (4) Terapi antibiotic bila ada etiologi infeksi atau pasien toksik.
- (5) Bila penyebab hipertermia tidak ditemukan, perlu dipertimbangkan untuk mengganti kateter dan melakukan biakan terhadap specimen kateter, baik kateter urin maupun intravascular, menghentikan pengobatan yang mungkin menyebabkan hipertensi dan memeriksa fungsi hati (Sjamsuhidajat, 2010).

3) Keseimbangan cairan

Penderita pascabedah umumnya oligurik, tetapi juga kurang toleran terhadap air sehingga setiap pemberian cairan yang tidak diimbangi dengan diuresis akan dapat menyebabkan kelebihan cairan dalam tubuh. Oleh karena itu, pemberian cairan pascabedah didasarkan atas kebutuhan sehari-hari, yang pada penderita ini tidak dapat diberikan oral. Kebutuhan cairan minimal pada orang dewasa berkisar antara 600-1000 mL ditambah dengan pengeluaran melalui urin sekitar 1000-1500 mL sehingga kebutuhan cairan pada masa pasca bedah adalah 2000-2500 mL dalam bentuk infuse. Keseimbangan cairan sebaiknya diamati secara berkala, misalnya setiap 6 jam sehingga dapat direncanakan koreksi cairan 6 jam berikutnya. Jenis cairannya sendiri dipilih berdasarkan hasil penetapan elektrolit dalam darah (Sjamsuhidajat, 2010).

Insensible water loss perlu diperhitungkan bila penderita banyak keringat, demikian juga adanya produksi air endogen yang jumlahnya 250-400 mL setiap hari. Dalam perhitungan keseimbangan cairan juga perlu dipertimbangkan adanya secret lambung. Beberapa parameter yang dapat dipakai untuk menilai

keseimbangan cairan yaitu CVP (*central venous pressure*) sebesar 5-8 mmHg, nadi dibawah 100x/menit, tekanan darah turun 20% dari nilai prabedah, selisih suhu tubuh sentral –perifer dibawah 2°C, dan jumlah urin diatas 0,5 mL/kgBB/jam (Sjamsuhidajat, 2010).

Defisit cairan dapat digantikan dengan Nacl 0,9%. Koloid sebaiknya baru digunakan bila ada komplikasi perdarahan, sepsis, peritonitis, dan syok. Penderita yang dioperasi dengan pembiusan total akan mengalami perubahan besar pada hemodinamik ginjalnya, berupa penurunan aliran darah keginjal dan filtrasi glomerulus serta peningkatan resistensi vascular ginjal. Selain itu tindakan operasi dan stress pascabedah merangsang sekresi vasopressin. Akibatnya, urin yang keluar volumenya sedikit dan pekat (oliguria). Oliguria persisten sering juga terjadi akibat hipovolemia. Jumlah urin dibawah 0,5 mL/kgBB/jam selama 2-3 jam dapat menjadi petunjuk perfusi ginjal. Oliguria pada pasien yang memiliki riwayat gangguan fungsi ginjal sebaiknya dikelola dengan ketat untuk mencegah perburukan fungsi ginjal (Sjamsuhidajat, 2010).

Pada pembedahan vascular mayor atau pembedahan urologi, oliguria persisten memerlukan pemeriksaan lanjutan untuk menyingkirkan penyebab vascular atau uropati obstruktif. Pasien dengan fungsi ginjal yang optimal perlu mendapat jumlah cairan yang adekuat serta dipantau CVP, dan kadang perlu mendapat inotropik atau vasokonstriktor untuk meningkatkan tekanan darah (Sjamsuhidajat, 2010).

4) Nutrisi

Berdasarkan status nutrisi dan kebutuhan pasien pascabedah, nutrisi dapat diberikan secara enteral atau parenteral. Bila peristaltic usus baik, pasien diberi nutrisi secara enteral melalui kateter nasogastrik. Pemberian nutrisi enteral dihindari bila ada obstruksi usus, pengeluaran cairan dari vistula usus berlebihan, atau ada *short gut syndrome* (Sjamsuhidajat, 2010).

Nutrisi parenteral paling sering diberikan melalui kateter vena sentral sebab osmolaritas cairan cukup tinggi sehingga dapat menyebabkan flebitis bila diberikan melalui vena perifer. Cairan yang diberikan biasanya 2000-2500 mL/hari yang mengandung 2000-2500 kkal/hari (Sjamsuhidajat, 2010).

5) Tranfusi darah

Kadar hemoglobin dapat terus menurun pascabedah akibat perdarahan yang terus berlangsung atau terjadi hemodilusi akibat pemberian cairan infuse dalam jumlah besar. Hantaran oksigen optimum terjadi pada kadar Hb 10 gram/dL, tetapi pada keadaan tertentu bisa ditoleransi sampai kadar 8 gram/dL (Sjamsuhidajat, 2010).

6) Antibiotic

Pemberian antibiotic pada pasien operasi dibagi atas 3 kategori, yaitu terapi profilaksis, terapi empiris, dan terapi antibiotika “*directed*”. Terapi antibiotic profilaksis diberikan kepada pasien operasi *clean contaminated*, misalnya pada operasi traktus biliaris, reseksi usus, operasi hernia dengan mesh, pemasangan *plate&screw*. Antibiotic diberikan secara intravena pada saat pasien tiba dikamar operasi setelah pemasangan infuse atau sebelum irisan kulit dibuat (Sjamsuhidajat, 2010).

Terapi antibiotic empiris diberikan kepada pasien operasi yang belum memiliki data mikrobiologi spesifik berupa hasil kultur dan sensitifitas. Biasanya diberikan antibiotic satu macam yang berspektrum luas. Terapi antibiotic *directed* (definitif) diberikan setelah ada hasil kultur dan tes sensitifitas. Secara umum, antibiotic diberikan setelah pasien stabil secara klinis dan tidak panas selama 48 jam (Sjamsuhidajat, 2010).

7) Oksigenasi dan ventilasi

Oksigenasi sangat penting untuk penderita pasca bedah. Nyeri dan menggigil meningkatkan kebutuhan oksigen, sementara anestetik menekan pernafasan sehingga menambah ketidakseimbangan ventilasi atau perfusi oksigen (Sjamsuhidajat, 2010).

8) Perawatan luka bedah

Pembalut luka steril biasanya diganti setelah 48 jam bila luka bersih dan kering. Jahitan didaerah kepala atau leher dibuka pada hari ke 5-7, sedangkan jahitan dibadan pada hari ke 7-10, dan di ekstremitas dan sendi pada hari ke 14. Pada pasien lanjut usia, malnutrisi, diabetes, atau dalam pengobatan kortikosteroid, jahitan dibuka lebih lama, luka operasi lebih sering diperiksa untuk

melihat tanda infeksi seperti kemerahan, edem, nyeri, atau ada pengeluaran cairan purulen. Pada keadaan ini, luka dibuka dan pembalut diganti 2 kali atau lebih dalam sehari, bergantung derajat kontaminasi (Sjamsuhidajat, 2010).

Jaringan nekrosis, bila ada dieksisi. Perawatan penyalir pascabedah harus selalu dilakukan secara aseptik pada permukaan kulit dengan pembalut steril. Pembalut yang basah harus diganti setiap 24 jam atau setiap kali pembalut sudah penuh dengan cairan. Banyaknya cairan yang keluar dicatat setiap hari. Warna cairan yang keluar juga harus dicatat, misalnya serosa sampai purulen, pembalut warna hijau. Cairan yang keluar dari panyalir kurang dari 20 mL/hari perlu dilaporkan agar salir dicabut (Sjamsuhidajat, 2010).

Terdapat fase penyembuhan tulang meliputi : fase inflamasi, terjadi inflamasi, pembengkakan dan nyeri. Tahap inflamasi berlangsung beberapa hari dan hilang dengan berkurangnya pembengkakan dan nyeri. Fase proliferasi dalam waktu sekitar 5 hari, terbentuk jaringan ikat fibrosa dan tulang rawan. Pembentukan kalus mulai mengalami penulangan dalam 2 sampai 3 minggu. Remodeling tahap akhir perbaikan patah tulang meliputi pengambilan jaringan mati dan reorganisasi tulang baru ke susunan structural sebelumnya. Remodeling memerlukan waktu berbulan-bulan sampai bertahun-tahun bergantung pada beratnya modifikasi tulang yang dibutuhkan (Muttaqin, 2008).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain 12, kelas 1, kode 00132)

a. Definisi nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (Herdman & Shigemi, 2015).

Saran penggunaan :

Nyeri akut dapat didiagnosis berdasarkan laporan pasien saja karena kadang-kadang hanya hal tersebut satu-satunya tanda nyeri. Tidak ada satu pun batasan karakteristik lain yang berdiri sendiri dan dapat mencukupi untuk

mendiagnosis nyeri akut. Faktor yang berhubungan mengindikasikan bahwa seorang pasien dapat menderita nyeri akut fisik dan psikologis. Kata-kata pemberi sifat harus ditambahkan pada diagnosis ini untuk mengindikasikan keparahan, lokasi, dan sifat nyeri. Nyeri akut dan nyeri kronis harus dibedakan karena fokus keperawatan untuk masing-masing diagnosis tersebut berbeda. Nyeri akut (misalnya, nyeri insisi pascabedah) biasanya merupakan masalah kolaborasi yang ditangani, terutama dengan memberikan analgesic narkotik. Terdapat lebih sedikit intervensi keperawatan mandiri untuk nyeri akut, seperti mengajarkan pasien untuk membelat area insisi saat bergerak, namun hal ini saja tidak adekuat untuk mengurangi nyeri. Perawat mempunyai peran yang lebih aktif dalam mengajarkan manajemen mandiri nyeri kronis. Pada saat nyeri yang terjadi bersifat akut atau disebabkan oleh stressor yang tidak disebabkan oleh intervensi keperawatan (misalnya, insisi bedah), boleh jadi nyeri merupakan etiologi, bukan masalah (Wilkinson, 2011).

b. Batasan karakteristik nyeri akut

- 2) Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (misal : Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate)
- 3) Diaforesis
- 4) Dilatasi pupil
- 5) Ekspresi wajah nyeri (misal : mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)
- 6) Fokus menyempit (misal : persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan)
- 7) Fokus pada diri sendiri
- 8) Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (misal : skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)

- 9) Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (misal : McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
- 10) Laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas (misal : anggota keluarga, pemberi asuhan)
- 11) Mengekspresikan perilaku (misal : gelisah, merengek, menangis, waspada)
- 12) Perilaku distraksi
- 13) Perubahan pada parameter fisiologis (misal tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen, dan end-tidal karbondioksida [CO₂])
- 14) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
- 15) Perubahan selera makan
- 16) Putus asa
- 17) Sikap melindungi area nyeri
- 18) Sikap tubuh melindungi (Herdman & Shigemi, 2015)

c. Faktor yang berhubungan

- i. Agens cedera biologis (misal : infeksi, iskemia, neoplasma)
- ii. Agens cedera fisik (misal : abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan)
- iii. Agens cedera kimiawi (misal : luka bakar, kapsaisin, metilen klorida, agens mustard) (Herdman & Shigemi, 2015)

2.4.2 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada pasien post operasi fraktur kruris dengan masalah keperawatan nyeri akut, antara lain sebagai berikut :

- a. Batasan Karakteristik Nyeri Akut pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris (Herdman & Shigemi, 2015)

1. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (misal : Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate).

2. Diaforesis

Diaforesis adalah keringat, terutama keringat berlebihan(Kesehatan, 2017).

3. Dilatasi pupil

Midriasis adalah dilatasi (pelebaran) pupil berlebihan karena penyakit, trauma atau obat-obatan. Biasanya, pupil melebar dalam gelap dan menyempit dalam terang. Seorang pupil midriatik akan tetap melebar, bahkan di lingkungan yang terang (Kesehatan, 2017). Pupil isokor (normal), anisokor (pupil kanan lebih besar, lateralisasi ke kanan) atau (pupil kiri lebih besar, lateralis ke kiri)(Wikibuku, 2017).

4. Ekspresi wajah nyeri (misal : mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)

5. Fokus menyempit (misal : persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan)

6. Fokus pada diri sendiri

7. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (misal : skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap centimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala

dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Yudiyanta, 2015). Skala penilaian numeric lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri (Yudiyanta, 2015)

8. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (misal : McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)
9. Laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas (misal : anggota keluarga, pemberi asuhan)
10. Mengekspresikan perilaku (misal : gelisah, merengek, menangis, waspada)
11. Perilaku distraksi (misal : mondar-mandir, mencari orang dan atau aktivitas lain, aktivitas berulang) (Wilkinson, 2011)
12. Perubahan pada parameter fisiologis (misal tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen, dan end-tidal karbondioksida [CO₂])
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri
14. Perubahan selera makan

Pada umumnya kehilangan nafsu makan atau rasa lelah disebabkan karena adanya beberapa gangguan medis (Khotimah, 2017).

15. Putus asa

Putus asa adalah habis (hilang) harapan, tidak mempunyai harapan lagi (Wiktionary, 2015)

16. Sikap melindungi area nyeri

b. Faktor berhubungan Nyeri Akut pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris (Herdman & Shigemi, 2015)

1. Agens cedera biologis (misal : infeksi, iskemia, neoplasma)
2. Agens cedera fisik (misal : abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan)
3. Agens cedera kimiawi (misal : luka bakar, kapsaisin, metilen klorida, agens mustard)

1. Anamnesis

Meliputi nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS) dan diagnosis medis (Muttaqin, 2008). Wanita lebih sering mengalami fraktur dari pada laki-laki berkaitan dengan perubahan hormon pada saat menopause sehingga meningkatkan insiden osteoporosis (Mediarti, 2015).

1) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus fraktur tibia-fibula adalah nyeri. Persepsi setiap individu dalam menanggapi nyeri itu berbeda-beda, tergantung bagaimana individu itu mengartikan nyeri, apakah sebagai sesuatu yang positif atau negatif serta banyak sekali faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang terhadap nyeri misalnya usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, lokasi dan tingkat keparahan nyeri, perhatian terhadap nyeri, ansietas, kelelahan, pengalaman nyeri sebelumnya, dukungan keluarga dan sosial (Mediarti, 2015). Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap mengenai nyeri pasien dapat menggunakan metode PQRST

Provoking Incident : Hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri adalah trauma pada bagian betis/tungkai bawah.

Quality of Pain : Pasien merasakan nyeri yang bersifat menusuk.

Region : Nyeri terjadi dibagian betis/tungkai bawah yang mengalami patah tulang.

Nyeri dapat reda dengan imobilisasi atau istirahat dan nyeri tidak menjalar atau menyebar.

Scale of Pain : Secara subjektif, nyeri yang dirasakan pasien antara 2-4 pada rentang skala pengukuran 0-4.

Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari (Muttaqin, 2008).

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Kaji kronologi terjadinya trauma yang menyebabkan patah tulang kruris, pertolongan apa yang didapatkan dan apakah sudah berobat ke dukun patah. Selain itu, dengan mengetahui mekanisme terjadinya kecelakaan, dapat mengetahui luka kecelakaan yang lain. Adanya riwayat trauma pada lutut berindikasi pada fraktur tibia proksimal. Adanya riwayat trauma angulasi akan menimbulkan fraktur tipe transversal atau oblik pendek, sedangkan trauma rotasi akan menimbulkan fraktur tipe spiral (Muttaqin, 2008).

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Ada tidaknya riwayat kecelakaan sebelumnya yang mengharuskan pasien dirawat di rumah sakit (Hidayat, 2008 dalam Indriyaswari, 2017). Pada beberapa keadaan, pasien yang pernah berobat ke dukun patah sebelumnya sering mengalami *mal-union*. Penyakit-penyakit tertentu, seperti kanker tulang dan penyakit paget menyebabkan fraktur patologis sehingga tulang sulit menyambung. Selain itu, pasien diabetes dengan luka dikaki sangat berisiko mengalami osteomielitis akut dan kronis serta penyakit diabetes menghambat penyembuhan tulang (Muttaqin, 2008).

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan patah tulang kruris adalah salah satu factor predisposisi terjadinya fraktur, seperti osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetic (Muttaqin, 2008).

5) Riwayat Psikososialspiritual

Kaji respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya, peran pasien dalam keluarga dan masyarakat, serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari, baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat (Muttaqin, 2008).

2. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Sensori dan Kognitif

Daya raba pasien fraktur berkurang, terutama pada bagian distal fraktur, sedangkan indera yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan (Muttaqin, 2008). Beberapa teori menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain pengalaman, tingkat pendidikan, keyakinan, fasilitas, penghasilan, dan sosial (Wulandari, 2017).

2) Pola Hubungan dan Peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat karena pasien harus menjalani rawat inap (Muttaqin, 2008).

3) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada pasien fraktur adalah timbul ketakutan akan kecacatan akibat fraktur yang dialaminya, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra diri) (Muttaqin, 2008). Pentingnya dilakukan pola persepsi diri ini untuk menggambarkan gangguan konsep diri seperti gambaran diri, hubungan diri dengan keluarga, peran diri, identitas diri, selain itu untuk menggambarkan dampak sakit terhadap diri sendiri melalui ekspresi wajah yang digambarkan dari pasien dengan menunjukkan merasa tak berdaya dan apakah gugup atau rileks (Haryanto, 2007 dalam Agustin, 2017).

4) Pola tata pengetahuan kesehatan

Pengkajian yang meliputi kebiasaan hidup pasien, seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, pengonsumsi alkohol yang dapat mengganggu keseimbangan pasien (Muttaqin, 2008)

5) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Pasien fraktur tidak dapat beribadah dengan baik, terutama frekuensi dan konsentrasi dalam beribadah. Hal ini disebabkan oleh nyeri dan keterbatasan gerak yang dialami pasien (Muttaqin, 2008).

6) Pola Reproduksi dan Seksual

Dampak pada pasien fraktur yaitu, pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap, rasa nyeri yang dialami pasien dan keterbatasan gerak yang dialami pasien. Selain itu juga perlu dikaji status perkawinannya (Muttaqin, 2008)

7) Pola Penanggulangan Stress

Pasien pos operasi fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme coping yang ditempuh pasien bisa tidak efektif (Muttaqin, 2008)

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dibagi menjadi dua yaitu pemeriksaan umum untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokal) (Muttaqin, 2008)

4. Keadaan Umum

Keadaan baik dan buruknya pasien. Tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran pasien (apati, sopor, koma, gelisah, kompos mentis, yang bergantung pada keadaan pasien), kesakitan atau keadaan penyakit (akut, kronis, ringan, sedang, berat, dan pada kasus fraktur tibia-fibula biasanya akut), tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan local, baik fungsi maupun bentuk (Muttaqin, 2008). Nyeri dapat mempengaruhi tanda-tanda vital. Tanda-tanda vital meliputi temperatur / suhu tubuh, denyut nadi, laju pernafasan / respirasi, dan tekanan darah. Faktor yang dapat mempengaruhi tekanan darah salah satunya adalah nyeri yang mengakibatkan stimulasi simpatik, yang meningkatkan frekuensi darah, curah jantung dan tahanan vaskular perifer. Efek stimulasi simpatik meningkatkan tekanan darah. Faktor yang dapat mempengaruhi frekuensi pernafasan adalah nyeri, hal ini dapat meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan sebagai akibat stimulasi simpatik. Kemudian salah satu faktor yang mempengaruhi frekuensi denyut nadi adalah emosi yang diakibatkan oleh nyeri akut, dan kecemasan meningkatkan stimulasi simpatik, dapat meningkatkan frekuensi nadi (Lopes, 2014)

1) B1 (Breathing)

Pada pemeriksaan sistem pernafasan, didapatkan bahwa pasien fraktur tibia-fibula tidak mengalami kelainan pernapasan. Pada palpasi toraks, didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pada auskultasi, tidak ditemukan suara nafas tambahan (Muttaqin, 2008).

2) B2 (Blood)

Inspeksi : tidak ada iktus jantung. Palpasi : nadi meningkat, iktus tidak teraba. Auskultasi : suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada mur-mur (Muttaqin, 2008)

3) B3 (Brain)

1) Tingkat kesadaran biasanya kompos mentis

2) Kepala

Tidak ada gangguan, yaitu normosefalik, simetris, tidak ada penonjolan, dan tidak ada sakit kepala (Muttaqin, 2008)

4) Leher

Tidak ada gangguan, yaitu simetris, tidak ada penonjolan, dan reflex menelan ada (Muttaqin, 2008)

5) Wajah

Terlihat menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk. Wajah simetris, tidak ada lesi dan edema (Muttaqin, 2008).

6) Mata

Tidak ada gangguan, seperti konjungtiva tidak anemis (pada fraktur tertutup karena tidak terjadi perdarahan). Pasien fraktur terbuka dengan banyaknya perdarahan yang keluar biasanya mengalami konjungtiva anemis (Muttaqin, 2008).

7) Telinga

Tes bisik atau Weber masih dalam keadaan normal. Tidak ada lesi atau nyeri tekan (Muttaqin, 2008).

8) Hidung

Tidak ada deformitas, tidak ada pernafasan cuping hidung (Muttaqin, 2008)

9) Mulut dan Faring

Tida ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut tidak pucat (Muttaqin, 2008).

10) Status mental : observasi penampilan dan tingkah laku pasien. Biasanya status mental tidak mengalami perubahan (Muttaqin, 2008).

11) Pemeriksaan Sistem Saraf Kranial

- (1) Saraf I : pada pasien fraktur tibia-fibula, fungsi saraf I tidak ada kelainan
- (2) Saraf II : tes ketajaman penglihatan dalam kondisi normal
- (3) Saraf III, IV, dan VI : biasanya tidak mengalami gangguan mengangkat kelopak mata dan pupil isokor
- (4) Saraf V : pada pasien meningitis umumnya tidak didapatkan paralisis pada otot wajah dan reflex kornea tidak ada kelainan
- (5) Saraf VII : persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah simetris
- (6) Saraf VIII : tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi
- (7) Saraf IX dan X : kemampuan menelan baik
- (8) Saraf XI : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius
- (9) Saraf XII : lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikulasi (Muttaqin, 2008)
- (10) Pemeriksaan reflex : biasanya tidak didapatkan reflex-refleks patologis (Muttaqin, 2008)

12) B4 (Bladder)

Kaji keadaan urine yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urin, termasuk berat jenis urine. Biasanya pasien fraktur tibia-fibula tidak mengalami kelainan pada sistem ini (Muttaqin, 2008).

13) B5 (Bowel)

Inspeksi abdomen : bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi : turgor baik, tidak ada defans muscular dan hepar tidak teraba. Perkusi : suara timpani, ada pantulan gelombang cairan. Auskultasi : peristaltic usus normal \pm 20

kali/menit. Inguinal-genitalia-anus : tidak ada hernia, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ada kesulitan BAB (Muttaqin, 2008)

5. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-hari, seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin C dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan tulang. Evaluasi terhadap pola nutrisi pasien dapat membantu menentukan penyebab masalah musculoskeletal dan menganstipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat, terutama kalsium atau protein (Muttaqin, 2008). Untuk mempercepat kesehatan jaringan dan penyembuhan luka sangat diperlukan diet yang seimbang dengan protein dan vitamin yang adekuat, tetapi susu dengan jumlah yang banyak sebaiknya jangan diberikan kepada pasien ortopedi yang tirah baring secara terus-menerus karena hanya akan menambah timbunan kalsium dalam tubuh dan juga membebani ginjal untuk mengekskresikan yang dapat menyebabkan terbentuknya batu kemih. (Smeltzer & Bare, 2013 dalam Agustin, 2017). Selain itu jika pasien kekurangan gizi dapat mengakibatkan apatis mental, atrofi otot dan kelemahan, fungsi jantung terganggu dan menurunkan kekebalan terhadap infeksi (Patel, 2009 Agustin, 2017).

6. Pola Eliminasi

Pada pasien fraktur tidak mengalami gangguan eliminasi. Meskipun demikian perlu dilakukannya pengkajian frekuensi, konsistensi, serta warna dan bau feses pada pola eliminasi alvi. Selain itu, juga perlu mengkaji frekuensi, kepekatan, warna, bau dan jumlah pada pola eliminasi urine. Pada kedua pola ini juga dikaji adanya kesulitan atau tidak (Muttaqin, 2008). Pentingnya dilakukan pola eliminasi untuk menjelaskan ada tidaknya gangguan pola fungsi berkemih, ekskresi, kulit, dan kebiasaan defekasi, adakah penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urine dan feses, pola input cairan dan infeksi saluran kemih (Deswani, 2009 dalam Agustin, 2017)

14) B6 (Bone)

Adanya fraktur pada tibia-fibula akan mengganggu secara local, baik fungsi motorik, sensorik, maupun peredaran darah (Muttaqin, 2008). satu dampak dari fraktur yang ditimbulkan diantaranya terbatasnya aktivitas terutama pada pasien post operasi fraktur. Post operasi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi. Pasien post operasi sering kali dihadapkan pada permasalahan adanya proses peradangan akut dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak. Rasa nyeri post operasi yang dialami pasien, membuat pasien takut untuk menggerakkan ekstremitas yang cedera (Permana, 2015). Setelah pembedahan nyeri mungkin sangat berat, adanya edema, hematoma dan spasme otot sehingga hal ini dapat berdampak terjadinya gangguan pada kontraksi dan relaksasi otot (Potter&Perry, 2005 dalam Gusty, 2014). Kolagen dan elastin sebagai protein pendukung utama pada kulit, tulang, tendon, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan cross linking yang tidak teratur. Menurunnya kepadatan tulang, berubahnya struktur otot dan sendi yang lama kelamaan mengalami penurunan elastisitas menyebabkan kekuatan dan fleksibilitas otot sendi menjadi menurun sehingga terjadi penurunan luas gerak sendi (Gusty, 2014).

a. *Look*

Perhatikan adanya pembengkakan yang tidak biasa (abnormal) dan deformitas. Pada bagian ini sering terjadi patah tulang terbuka sehingga ditemukan adanya tanda-tanda trauma jaringan lunak sampai kerusakan integritas kulit dan penonjolan tulang keluar kulit. Ada tanda-tanda cedera dan kemungkinan keterlibatan berkas neurovascular (saraf dan pembuluh darah) tungkai, seperti bengkak/edema. Ada ketidakmampuan menggerakkan kaki dan penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dalam melakukan pergerakan (Muttaqin, 2008).

b. *Feel*

Kaji adanya nyeri tekan (tenderness) dan krepitasi pada daerah tungkai bawah (Muttaqin, 2008).

c. *Move*

Pemeriksaan yang didapatkan adalah adanya gangguan/keterbatasan gerak ekstremitas bawah (Muttaqin, 2008).

7. Pola Aktivitas

Gerak menjadi terbatas karena adanya nyeri. Semua bentuk aktivitas pasien menjadi berkurang dan pasien memerlukan banyak bantuan orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas pasien terutama pekerjaan pasien karena beberapa pekerjaan berisiko untuk terjadinya fraktur (Muttaqin, 2008). Salah satu dampak dari fraktur yang ditimbulkan diantaranya terbatasnya aktivitas terutama pada pasien post operasi fraktur. Post operasi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi. Pasien post operasi sering kali dihadapkan pada permasalahan adanya proses peradangan akut dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak. Rasa nyeri post operasi yang dialami pasien, membuat pasien takut untuk menggerakkan ekstremitas yang cedera, sehingga pasien cenderung untuk tetap terbaring lama, membiarkan tubuh tetap kaku (Permana, 2015).

8. Pola Tidur dan Istirahat

Semua pasien fraktur merasakan nyeri dan geraknya terbatas sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Selain itu, dilakukan pengkajian lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur (Muttaqin, 2008). Pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur setelah menjalani operasi fraktur. Dampak yang terjadi pada pasien post operasi fraktur apabila kebutuhan tidur tidak terpenuhi maka individu sering kali menjadi irritable, depresi, letih atau lelah. Faktor-faktor yang mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur yaitu status kesehatan seseorang yang kondisi tubuhnya sehat memungkinkan ia dapat tidur dengan nyenyak. Tetapi pada orang yang sakit dan rasa nyeri, maka kebutuhan istirahat dan tidurnya tidak dapat dipenuhi dengan baik sehingga ia tidak dapat tidur dengan nyenyak (Faridah, 2016).

9. Pengkajian Post Operasi

Pengkajian diruang pulih sampai sadar dilakukan perawat setelah pembedahan ortopedi dan perawat melanjutkan rencana perawatan praoperasi. Pengkajian meliputi penyesuaian pasien terhadap status pascaoperatif terbaru. Pengkajian fungsi respirasi, gastrointestinal, dan perkemihan. Memberikan data

untuk memperbaiki fungsi sistem tersebut. Anestesi umum, analgesic, dan imobilitas dapat menyebabkan fungsi berbagai sistem tersebut. Perfusi jaringan harus selalu dipantau ketat karena edema dan perdarahan kedalam jaringan dapat memperburuk peredaran daraha dan mengakibatkan syndrome kompartemen. Batasan mobilitas harus dicatat perawat mengkaji pemahaman pasien mengenai keterbatasan gerakan. Pengkajian kembali konsep diri pasien memungkinkan perawat menyesuaikan rencana perawatan praoperasi dengan lebih mudah (Muttaqin, 2008).

Perawat harus memperhatikan pengkajian dan pemantauan pasien mengenai potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan. Pengkajian tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas, bising usus, keseimbangan cairan, dan nyeri yang sering, dapat memberikan data bagi perawat yang mungkin menunjukkan terjadinya kemungkinan komplikasi. Lakukan pengkajian luka operasi terhadap kasa yang menutupi dan proses drainase (Muttaqin, 2008).

Tujuan perencanaan pada pascaoperasi meliputi :

(1) Pemantauan resiko kegawatan

Pasien pasca operasi dengan pembiusan umum yang masuk ruang pulih sampai sadar sangat rentan terhadap resiko cedera. Kepatenan jalan nafas merupakan prioritas utama. Pada awal pasca operatif, pasien sebaiknya dalam posisi miring dengan bagian wajah agak kebawah sehingga dengan gravitasi lidah akan kedepan dan memungkinkan mencegah terjadinya penyumbatan pada faring dan memungkinkan lendir tetap keluar dari mulut. Perawat membantu ekspansi dada pasien dengan cara mengangkat lengan atas pasien dan mengganjalnya dengan bantal. Ketika reflex batuk dan menelan belum kembali, pasien dalam posisi terlentang. Kepatenan jalan nafas dijaga sampai kontrol batuk dan menelan kembali. Pemantauan status kardiovaskuler, keseimbangan cairan, status neurologis memberikan kenyamanan dan keamanan, mendorong mobilitas, dan mencegah komplikasi. Pada bedah mayor, dapat terjadi resiko syok hipovolemia akibat kehilangan darah. Diseksi otot sering mengakibatkan

luka yang penghentian perdarahannya sangat buruk. Luka yang ditutup dengan kontrol torniket dapat berdarah lagi selama periode pasca operasi. Perawat harus waspada terhadap adanya tanda syok hipovolemia (Muttaqin, 2008).

(2) Penurunan sensasi nyeri

Pada pasien pasca pembedahan ortopedi, masalah nyeri merupakan hal yang sering dialami pasien. Pemberian agens farmakologis analgesic sangat diperlukan dalam mengatasi nyeri pasien (Muttaqin, 2008).

(3) Pemantauan luka dan drain

Adanya luka pasca operasi perlu dipantau, apakah pada kasa yang tertutup menjadi basah karena darah. Bila kasa tersebut sangat basah, menunjukkan ada perdarahan dan perlu secepatnya berkolaborasi dengan tim medis untuk tindakan selanjutnya. Perawat perlu memperhatikan proses drainase, apakah sudah mengalir dengan baik (Muttaqin, 2008).

10. Pemeriksaan radiologi

Dengan pemeriksaan radiologi, perawat dapat menentukan lokasi fraktur, jenis fraktur, apakah fraktur terjadi pada tibia dan fibula atau hanya pada tibia saja atau fibula saja. Selain itu, juga dapat menentukan apakah fraktur bersifat segmental (Muttaqin, 2008)

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan Agens cedera fisik (prosedur pembedahan) (Herdman & Shigemi, 2015)

2.4.4 Intervensi

Intervensi (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2013)) dan hasil kriteria keperawatan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) yang direncanakan pada asuhan keperawatan nyeri akut pasien post operasi fraktur kruris adalah sebagai berikut.

Tabel Intervensi dan Hasil Kriteria (Bulechek, Butche, Dochterman, & Wagner, 2013)&(Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013)

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC)	Intervensi (NIC)
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (prosedur pembedahan)</p> <p>Definisi nyeri akut Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (Herdman & Shigemi, 2015)</p> <p>Batasan karakteristik nyeri akut a. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (missal : Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate) b. Diaforesis c. Dilatasi pupil d. Ekspresi wajah nyeri (missal : mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis) e. Fokus menyempit (missal : persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan) f. Fokus pada diri sendiri g. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (missal : skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik) h. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (missal : McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory) i. Laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas (missal : anggota keluarga, pemberi asuhan) j. Mengekspresikan perilaku (missal : gelisah, merengek, menangis, waspada) k. Perilaku distraksi l. Perubahan pada parameter fisiologis (missal tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen, dan end-tidal karbondioksida [CO₂]) m. Perubahan posisi untuk</p>	<p>Hasil yang diharapkan :</p> <p>Kontrol nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat mengenali kapan nyeri terjadi 2. Pasien mampu menggambarkan factor penyebab nyeri 3. Pasien mampu menerapkan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik. <p>Tingkat Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melaporkan nyeri 2. Pasien dapat mempertahankan istirahat yang cukup 3. Ekspresi nyeri wajah lebih rileks 4. <i>Respiratory rate</i> (RR) normal 5. Denyut nadi normal 6. Tekanan darah normal <p>Kepuasan pasien : manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat nyeri dipantau secara reguler 2. Efek samping obat terpantau <p>Tingkat kecemasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat beristirahat 2. Pasien tidak gelisah 3. Wajah tidak tegang 4. Otot tidak tegang 5. Pasien tidak cemas <p>Ambulasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat berjalan dengan langkah yang efektif 2. Pasien dapat berjalan dengan pelan 3. Pasien dapat menopang berat badan <p>Nyeri : efek yang mengganggu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nyaman 2. Tidak ada gangguan pergerakan fisik 3. Tidak ada gangguan pada aktivitas sehari-hari 4. Tidak kehilangan nafsu makan 5. Tidak ada gangguan hubungan interpersonal 	<p>Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri dan intensitas nyeri. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif. 3. Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan. 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi/distraksi seperti menarik nafas dalam, guided imagery, yoga, akupresure, akupunktur, aroma terapi, hypnoterapi, terapi musik, terapi bermain, pijat 5. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri 6. Berikan individu penurunan nyeri yang optimal dengan peresepan analgesik 7. Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lain untuk mengimplementasikan tindakan penurunan nyeri. 8. Evaluasi keefektifan dan tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien <p>Pemberian Analgesik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien 2. Lakukan pengecekan pengobatan meliputi obat, dosis, rute, frekuensi obat analgesic yang diresepkan 3. Berikan analgesic berdasarkan tipe dan keparahan nyeri 4. Ajarkan tentang penggunaan analgesic 5. Monitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesic 6. Kolaborasi dengan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian atau perubahan interval dibutuhkan 7. Evaluasi dan dokumentasikan respon pasien terhadap analgesic dan adanya efek samping. <p>Bantuan Pasien untuk mengontrol pemberian analgesic</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, pasien dan

<p>menghindari nyeri n.Perubahan selera makan o.Putus asa p.Sikap melindungi area nyeri q.Sikap tubuh melindungi (Herdman & Shigemi, 2015)</p> <p>Faktor yang berhubungan a.Agens cedera biologis (missal : infeksi, iskemia, neoplasma) b.Agens cedera fisik (missal : abses, amputasi, luka bakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan) c.Agens cedera kimiawi (missal : luka bakar, kapsaisin, metilen klorida, agens mustard) (Herdman & Shigemi, 2015)</p>		<p>keluarga dalam memilih analgesik tipe analgesik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pastikan pasien tidak alergi terhadap analgesik 3. Instruksikan keluarga atau pasien untuk memonitor intensitas, kualitas dan durasi nyeri 4. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor laju pernafasan dan tekanan darah 5. Instruksikan pasien dan anggota keluarga terkait reaksi dan efek samping dari agen pengurang rasa nyeri 6. Monitor jika terjadi depresi pernapasan pada pasien yang berisiko (usia >70 tahun, memiliki riwayat apnea ketika tidur, obesitas, pembedahan abdomen dan dada, riwayat ginjal, hepatic, pulmonari atau gangguan jantung) 7. Dokumentasikan nyeri pasien, jumlah dan frekuensi dosis obat dan respon terhadap pengobatan nyeri dalam catatan perkembangan.
---	--	--

Manajemen nyeri teknik relaksasi genggam jari

Setelah pembedahan pasien mengeluh nyeri, hal ini bisa dilakukan tindakan baik secara farmakologi maupun non farmakologi. Tindakan farmakologi biasanya dengan pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan/perubahan posisi, massage, akupressur, terapi panas/dingin, hypnobirthing, musik, dan Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS). Teknik relaksasi yang bisa digunakan salah satunya adalah genggam jari yang dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien dengan post fraktur. Teknik relaksasi genggam jari (finger hold) merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meredian (jalur atau jalan energi dalam

tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat gengaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2017). Teknik ini dapat dilakukan 3-5 menit dalam waktu 3x sehari (Sulung, 2017).

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan asuhan keperawatan yang telah disusun. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, menerapkan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien. Kegiatan yang dilakukan meliputi melihat data dasar, mempelajari rencana, menyesuaikan rencana, menentukan kebutuhan bantuan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun, analisa umpan balik, mengkomunikasikan hasil asuhan keperawatan (Nursalam, 2008).

Implementasi untuk post operasi fraktur kruris yang dilakukan diantaranya:

- 1) Melakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri dan intensitas nyeri.
- 2) Memberikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan.
- 3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti teknik relaksasi
- 4) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesic berdasarkan tipe dan keparahan nyeri
- 5) Mengajarkan tentang penggunaan analgesic
- 6) Memonitor tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesic

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien terhadap standar atau criteria yang ditentukan oleh tujuan yang ingin dicapai. Penulisan pada tahap evaluasi proses keperawatan yaitu terdapat jam melakukan tindakan, data perkembangan pasien yang mengacu pada tujuan, keputusan apakah tujuan tercapai atau tidak, serta ada tanda tangan atau paraf. Kegiatan yang dilakukan meliputi menggunakan standar keperawatan yang tepat, mengumpulkan dan mengorganisasi data, membandingkan data dengan criteria dan menyimpulkan hasil yang kemudian ditulis dalam daftar masalah (Nursalam, 2008). Hasil dari asuhan keperawatan yang diharapkan adalah nyeri dapat teratasi, kapasitas tanda vital stabil, pasien terhindar dari resiko infeksi, dan aktivitas istirahat pasien terpenuhi.

2.4.7 Masalah Keperawatan Lain

Masalah keperawatan lain yang bisa muncul pada pasien post operasi fraktur kruris adalah sebagai berikut (Muttaqin, 2008)

1. Hambatan mobilitas fisik

- a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain2, kelas 2, kode 00085)
- b) Definisi hambatan mobilitas fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah

2. Defisit perawatan diri : mandi

- a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain4, kelas 5, kode 00108)
- b) Definisi defisit perawatan diri : mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.

3. Defisit perawatan diri : berpakaian

- a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain4, kelas 5, kode 00109)
- b) Definisi defisit perawatan diri : berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian secara mandiri

4. Defisit perawatan diri : makan

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain4, kelas5,kode 000102)

b) Definisi defisit perawatan diri : makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan mandiri.

5. Defisit perawatan diri : eliminasi

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain4, kelas5,kode 000110)

b) Definisi defisit perawatan diri : eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi.

6. Risiko tinggi infeksi

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain11,kelas 1,kode 00004)

b) Definisi risiko tinggi infeksi

Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.

7. Risiko tinggi trauma

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain11,kelas 2,kode 00038)

b) Definisi risiko tinggi trauma

Rentan terhadap cedera jaringan yang tidak disengaja (misal, luka, terbakar, fraktur) yang dapat mengganggu kesehatan.

8. Kerusakan integritas kulit

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain11,kelas 2,kode 00046)

b) Definisi kerusakan integritas kulit

Kerusakan pada epidermis atau dermis.

9. Ansietas

a) Toksonomi Diagnosa Keperawatan (domain 9, kelas 2,kode 00146)

b) Definisi ansietas

Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom; perasaan takut yang disebabkan olehantisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (Herdman & Shigemi, 2015).

BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap masalah keperawatan nyeri akut pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*.

3.1 Desain Penulisan

Desain yang dipakai dalam penulisan adalah laporan kasus, yaitu laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis seorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan, pengembangan ilmu pengetahuan, dan peningkatan pendidikan dalam bidang medis (Afiyanti & Imami, 2014)

Desain Penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat, 2012). Laporan kasus dalam karya tulis ini adalah Asuhan Keperawatan pada pasien *Post Operasi Fraktur Cruris* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang. Jadwal penulisan dapat dilihat di lampiran 3.1

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah atau definisi operasional adalah mendefinisikan variable secara operasional karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian (Hidayat, 2012). Adapun istilah-istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keperawatan, asuhan keperawatan, masalah keperawatan, nyeri akut, dan *post* operasi fraktur *kruris*.

3.2.1 Definisi Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan adalah metode yang sistematis dan rasional dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan kepada individu. Tujuannya untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien, kebutuhan atau masalah kesehatan aktual atau risiko, membuat perencanaan sesuai dengan

kebutuhan yang telah diidentifikasi dan melaksanakan intervensi keperawatanspesifik sesuai dengan kebutuhan (Holiludin, 2014).

3.2.2 Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Herdman & Shigemi, 2015)

3.2.3 Definisi *Post* Operasi

Post operasi merupakan fase pascaoperasi pada proses keperawatan perioperatif dimulai dari pasien meninggalkan kamar operasi dan masuk ke ruang pulih-sadar (Muttaqin, 2008). Pasien diobservasi untuk memastikan bahwa sistem tubuhnya kembali ke keadaan normal (Lukman & Ningsih, 2012)

3.2.4 Definisi Fraktur *Cruris*

Fraktur *cruris* merupakan suatu istilah untuk patah tulang tibia dan fibula yang biasanya terjadi pada bagian proksimal (kondilus), diafisis atau persendian pergelangan kaki (Muttaqin, 2008)

3.2.5 Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (Herdman & Shigemi, 2015).

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah dua pasien yang memiliki masalah keperawatan nyeri akut pada Ny. S dan Nn. *Tpost* operasi fraktur *cruris* yang memiliki kriteria :

- a. Pasien yang dirawat di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang minimal perawatan 3 hari.
- b. Pasien *post* operasi hari ke 1-3 dan sudah pulih sadar
 - Pasien 1 pada *post* operasi hari ke- 1
 - Pasien 2 pada *post* operasi hari ke- 2
- c. Pasien *post* operasi fraktur *cruris* tanpa komplikasi
- d. Pasien yang memiliki skala nyeri lebih dari 3

- e. Pasien yang memiliki ekspresi gelisah, keluar keringat berlebih akibat menahan nyeri.
- f. Pasien yang bersedia menjadi responden dan keluarga atau pasien yang bersedia menandatangani informed consent

3.4 Lokasi dan Waktu

Pada laporan kasus ini dilakukan asuhan keperawatan pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah nyeri akut yang dirawat di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang.

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah, dan merupakan rumah sakit yang paling besar dengan jumlah kunjungan tertinggi di wilayah kabupaten Lumajang, karena memiliki sumber daya manusia dan alat lebih lengkap. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan pertama masyarakat Lumajang.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data pada pasien 1 tanggal 8 februari– 12 februari 2018 sedangkan pada pasien 2 tanggal 13 februari – 16 februari 2018.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian kualitatif difokuskan pada jenis data dan prosedur untuk mengumpulkan data tersebut. Jenis data yang dikumpulkan dengan cara observasi dan wawancara. Hasil pengumpulan data dapat berupa transkrip wawancara, hasil observasi, catatan lapangan, dokumen, video, hasil korespondensi melalui email, website dan fotografi (Afiyanti & Imami, 2014)

3.5.1 Macam-macam Data

Perawat menumpulkan dan mendokumentasikan dua jenis data yang berhubungan dengan pasien yaitu data subjektif dan objektif (Herdman & Shigemi, 2015).

a. Data Subjektif

Data subjektif berasal dari laporan lisan pasien mengenai persepsi dan pemikiran tentang kesehatannya, kehidupan sehari-hari, kenyamanan, hubungan, dan sebagainya. Perawat mengumpulkan data-data subjektif melalui proses pengambilan riwayat sakit atau wawancara (Herdman & Shigemi, 2015).

b. Data Objektif

Data objektif merupakan hal-hal yang perawat amati tentang pasien. Data objektif yang dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik dari hasil tes diagnostic (Herdman & Shigemi, 2015)

3.5.2 Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai secara langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung. Metode dapat dilakukan apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden secara mendalam serta jumlah responden sedikit (Hidayat, 2012)

Data – data yang perlu ada dalam kegiatan wawancara pada penderita pos operasi fraktur cruris, yaitu dengan melakukan anamnesis :

1) Anamnesis

Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal, dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis. Keluhan utama yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan adalah nyeri pada luka bekas operasi (Muttaqin, 2008).

3.5.3 Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Pengumpulan data dengan cara observasi ini dapat digunakan apabila objek penelitian adalah perilaku manusia, proses kerja, atau responden kecil (Hidayat, 2012).

Data – data yang perlu ada dalam kegiatan observasi pada penderita pos operasi fraktur cruris dengan masalah keperawatan nyeri akut, yaitu dengan melakukan pemeriksaan fisik :

1) Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan – keluhan pasien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B6 (Bone) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan – keluhan dari pasien(Muttaqin, 2008)

3.5.4 Dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Yang termasuk dokumen adalah buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bisa dari yang informal sampai formal. Penelitian keperawatan bisa menggunakan jadwal, laporan, catatan kasus, standar asuhan dan lainnya sebagai sumber. Peneliti memperlakukan sumber tersebut layaknya transkrip wawancara atau catatan hasil observasi, yang nanti dapat dianalisis dengan memberi kode dan kategori (Afiyanti & Imami, 2014)

3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data, informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan(Afiyanti & Imami, 2014).

3.7 Penyusunan Laporan Kasus

Secara umum kegiatan penyusunan laporan kasus memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut.

3.7.1 Pengumpulan data, dengan menggunakan hasil WOD (wawancara, observasi, dan studi dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

3.7.2 Mereduksi data, dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data, dilakukan dalam bentuk table, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.7.4 Kesimpulan, dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan (Afiyanti & Imami, 2014).

3.8 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian. Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut (Afiyanti & Imami, 2014)

3.8.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini bisa dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonymity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), menghargai *privacy dan dignity*, dan menghormati otonomi (*respect for autonomy*).

a. Kerahasiaan Identitas Pasien (*Anonymity*)

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat, 2012).

Penulis merahasiakan apapun informasi dari pasien, kecuali terdapat hal-hal yang dibutuhkan untuk hukum.

b. Kerahasiaan Data (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Imami, 2014).

Penulis menyimpan semua data partisipan dari data pengkajian sampai evaluasi.

1. Menghargai *Privacy* dan *Dignity*

Selama proses pengumpulan data secara kualitatif, berisiko memunculkan dilema etik ketika mengungkapkan berbagai pengalaman responden yang bersifat sangat rahasia bagi pribadinya. Strategi mengatasi dilema etik ini, di antaranya, peneliti dapat menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi dirinya untuk menceritakan pengalamannya yang tidak ingin diketahui oleh orang lain. Jika responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, partisipan dengan sukarela dapat mengundurkan diri dari proses pengumpulan data kapanpun sesuai keinginan responden (Afiyanti & Imami, 2014)

Penulis senantiasa menjaga privasi pasien ketika dalam tindakan, baik diminta maupun tidak.

2. Menghormati Otonomi (*Respect of Autonomy*)

Menghormati otonomi responden adalah pernyataan bahwa setiap responden memiliki hak menentukan dengan bebas, secara sukarela, atau tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data yang dilakukan. Penulis harus memberikan informasi lengkap tentang tujuan, manfaat, dan proses pengumpulan data yang akan dilakukan, sehingga responden memahami seluruh proses pengumpulan data yang akan diikuti (Afiyanti & Imami, 2014)

Penulis juga harus menghormati setiap keputusan pasien atau keluarga tentang kondisi dan tindakan yang berhak pasien terima, sehingga penulis tidak

memaksakan kehendak, tentunya dengan diberikannya pendidikan kesehatan terlebih dahulu kepada keluarga.

3.8.2 Prinsip Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Memperhatikan kesejahteraan partisipan, yaitu peneliti memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memperhatikan kemanfaatan (*beneficience*), dan meminimalkan resiko (*nonmaleficience*) dari kegiatan penulisan yang dilakukan dengan memperhatikan kebebasan dari bahaya (*free from harm*), eksploitasi (*free from exploitation*) dan ketidaknyamanan (*free from discomfort*).

a. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Prinsip kemanfaatan yaitu setiap penulis wajib meyakinkan kegiatan yang dilakukantidak menimbulkan bahaya, tidak mengeksploitasi, dan tidak mengganggu kenyamanan pasien, baik dari bahaya fisik maupun bahaya psikologis (Afiyanti & Imami, 2014)

b. Meminimalkan Risiko (*Nonmaleficience*)

Pinsip meminimalkan risiko menyatakan bahwa responden memiliki hak untuk diberi penjelasan tentang bahaya atau risiko yang dapat ditimbulkan selama kegiatan dilakukan (Afiyanti & Imami, 2014)

c. Kebebasan dari Bahaya (*Free From Harm*) dan Ketidaknyamanan (*Free From Discomfort*)

Kedua prinsip ini saling berkaitan untuk mencapai hak responden. Responden diberi informasi jika kegiatan yang dilakukan menyebabkan ketidaknyamanan, maka responden memiliki hak untuk tidak melanjutkan partisipasinya dalam kegiatan yang dilakukan. Hak bebas dari ketidaknyamanan atau bebas dari bahaya (*free from harm*), seperti secara fisik dapat mengalami kelelahan, secara psikologis dapat mengalami stres dan rasa takut, dan secara sosial dapat mengalami kehilangan teman, atau secara ekonomi dapat kehilangan penghasilan, maka penulis harus meminimalisasi risiko terjadinya berbagai ketidaknyamanan tersebut dengan besarnya manfaat yang diperoleh responden (Afiyanti & Imami, 2014)

Penulis dalam melakukan tindakan nantinya harus benar-benar memperhatikan prosedur, dimulai dari pengkajian sampai evaluasi, terutama pada implementasi keperawatan, penulis benar-benar harus mampu dan kompeten dalam melakukan tindakan keperawatan, sehingga pasien terbebas dari bahaya.

d. Eksploitasi (*Free From Exploitation*)

Hak bebas dari eksploitasi (*Free From Exploitation*) menyatakan bahwa keterlibatan para responden dalam kegiatan pengumpulan data yang dilakukan tidak boleh merugikan responden atau membuat responden terpapar situasi yang membuat responden tidak siap karena merasa tereksplorasi untuk menjawab pertanyaan yang sangat pribadi. Responden harus dipastikan bahwa informasi yang telah responden berikan, tidak digunakan untuk balik menentanginya (Afiyanti & Imami, 2014)

Penulis dalam menanyakan seputar kesehatan pasien kepada keluarga, tidak boleh menjustifikasi.

3.8.3 Prinsip Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipasi memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan di antara mereka selama kegiatan riset dilakukan. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apa pun selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial (Afiyanti & Imami, 2014)

Penulis diharuskan untuk memperlakukan partisipan secara sama, tidak melihat perbedaan suku, ras, agama, golongan dan jabatan.

3.8.4 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar

persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut meliputi : partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2012).

Penulis memberikan penjelasan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan, setelah itu, partisipan berhak menentukan apakah ia mau atau tidak ikut serta dalam penelitian. Informed consent dapat dilihat di lampiran 3.2

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut. Pada pasien 1 patah tulang karena jatuh dan ditangani dengan pengobatan yang salah sehingga dilakukan proses operasi. Sedangkan pada pasien 2 patah tulang akibat kecelakaan dan dilakukan proses operasi. Kedua pasien dilakukan tindakan *reduction* merupakan restorasi fragmen fraktur sehingga didapatkan posisi yang paling optimal melalui tindakan operatif. Sehingga pada pengkajian yang muncul pada kedua pasien yaitu masalah nyeri pasca pembedahan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua pasien terdapat 10 batasan karakteristik yang muncul pada kedua pasien dari 17 batasan karakteristik menurut NANDA tahun 2015. Batasan karakteristik yang sama muncul pada kedua pasien yaitu bukti nyeri dengan menggunakan standar periksa nyeri, ekspresi wajah nyeri, focus pada diri sendiri, keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri, keluhan tentang karakteristik nyeri, laporan tentang perilaku nyeri, perubahan pada parameter fisiologis, perubahan selera makan, sikap melindungi area nyeri, sikap tubuh melindungi. Sehingga muncul diagnosa keperawatan yang sama yakni nyeri akut dalam teori NANDA tahun 2015 dengan etiologi yang sama yaitu agen cedera fisik (prosedur pembedahan).

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut berdasarkan NIC tahun 2013, data yang digunakan terdapat 3 intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, pemberian analgesic, terapi bantuan untuk mengontrol pemberian analgesic. Terapi manajemen nyeri yang dilakukan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, pemberian analgesic, bantuan untuk mengontrol pemberian analgesic. Pada pasien 1 mau menerima setiap tindakan yang diberikan oleh perawat. Sedangkan pasien 2 karena umurnya yang tergolong masih muda pasien mau menerima tindakan dan saling terbuka. Tindakan pada kedua pasien berhasil dilakukan karena kedua pasien kooperatif hal ini karena sebelumnya sudah dilakukan komunikasi.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut yang berhasil dilakukan menurut NOC tahun 2013, pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* terdapat 3 kriteria hasil yang berhasil dilakukan yaitu kontrol nyeri, tingkat nyeri, kepuasan pasien : manajemen nyeri. Yang dilakukan dalam perawatan selama 3 hari. Pada kedua pasien tersebut dikatakan masalah teratasi sebagian karena kedua pasien masih ada dalam tahap penyembuhan fase proliferasi dalam tahap ini dibutuhkan waktu sekitar 5 hari, dimana mulai terbentuk jaringan ikat fibrosa dan tulang rawan. Sehingga pada tahap ini nyeri pada kedua pasien mengalami penurunan walaupun belum sampai nyeri hilang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* di ruang kenanga RSUD dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018 sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut. Perawat perlu melakukan

tindakan keperawatan yang tepat seperti melakukan manajemen nyeri, pemberian analgesik dan banyak memberikan edukasi pada pasien dan keluarga.

5.2.3 Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga mampu membantu beberapa atau semua aktifitas yang dibutuhkan oleh pasien. Keluarga juga perlu melakukan perawatan pada pasien *post* operasi fraktur *cruris* dengan masalah keperawatan nyeri akut yang telah diajarkan oleh penulis. Hal ini bertujuan supaya keluarga dapat berperan aktif dalam penyembuhan pasien, serta dapat mengurangi kejadian fraktur pada pasien.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat masalah dan keluhan pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut pada pasien *post* operasi fraktur *cruris*, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain. Berdasarkan laporan kasus penulis, pada pasien dilakukan tindakan manajemen nyeri, pemberian analgesik, bantuan untuk mengontrol pemberian analgesik. Hasil yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan tersebut terdapat hasil yang sama pada kedua pasien tersebut, sehingga diharapkan pada penulis selanjutnya untuk lebih memfokuskan tindakan yang tepat pada pasien dengan memperkirakan waktu yang dibutuhkan untuk proses pemulihan pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Imami. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Agustin, A. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilisasi Pada Pasien Post Operasi Fraktur Intertrochanter Femur*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah.
- Aisyah, S. (2017). Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah 2 (1)* , 179-182.
- Anugerah, A. &. (2017). Pengaruh Terapi Kompres Dingin Terhadap Nyeri Post Operasi ORIF (Open Reduction Internal Fixation) Pada Pasien Fraktur Di RSD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *E-Jurnal Pustaka Kesehatan, Vol 5 No 2* , 247-252.
- Bulechek, G., Butche, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification* . Oxford OX5 IGB: Licensing Department, Elsevier, 1600 JFK Blvd, Suite 1800, Philadelphia.
- Candra, S. (2014). *Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Pasca Operasi Fraktur Kruris 1/3 Distal Sinistra Di RSUD Salatiga*. Surakarta: FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA.
- Faridah, V. (2016). AROMATERAPI MINYAK ATSIRI MAWAR EFEKTIF DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR . *Surya Vol. 08, No. 02, Agustus 2016* , 1-7.
- Ferdinand, T., & Dkk. (2014). Perbandingan Intensitas Nyeri Akut Setelah Pembedahan Pada Pasien Dengan Regional Analgesia Epidural Teknik Kontinyu Dibandingkan Dengan Teknik Intermitten. *Jurnal Anestesiologi Indonesia Volume VI, Nomor 2, Tahun 2014* , 114-124.
- Gusty, R. (2014). Pemberian Latihan Rentang Gerak Terhadap Fleksibilitas Sendi Anggota Gerak Bawah Pasien Fraktur Femur Terpasang Fiksasi Interna Di RSUP. Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Keperawatan Volume 10 No.1* , 176-196.
- Herdman, T., & Shigemi. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.

- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, P. (2016). *Gambaran Persepsi Faktor Risiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Werdha Budi Mulia* . Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Hidayati, A. (2016). Analisis Risiko Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Pengetahuan, Penggunaan Jalur Dan Kecepatan Berkendara. *Jurnal Berkala Epidemiologi* , Vol. 4 No. 2, Mei 275–287.
- Holiludin. (2014). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN FRAKTUR EKTRIMITAS BAWAH DI RSI SAKINAH KOTA MOJOKERTO*. Retrieved February 12, 2017, From [Http://Repository.Poltekkesmajapahit.Ac.Id/Index.Php/PUB-KEP/Article/Download/529/441](http://Repository.Poltekkesmajapahit.Ac.Id/Index.Php/PUB-KEP/Article/Download/529/441)
- Ilmiasih, R. &. (2015). Aplikasi Teori Comfort Kolcaba Dalam Mengatasi Nyeri Pada Anak Pasca Pembedahan Laparatomi Di Ruang BCH RSUPN DR. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Keperawatan Vol 6 No 1* , 27-33.
- Indrawati, U. (2017). *Pengaruh Kombinasi Teknik Relaksasi Genggam Jari Dan Kompres Dingin Terhadap Perubahan Persepsi Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Di Rsud Jombang*. Yogyakarta: Program Studi Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah.
- Indriyaswari, D. (2017). *Upaya Penurunan Nyeri Pasien Post Open Reduction Internal Fixation Fraktur Ankle Dextra*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Fakultas Ilmu Kesehatan.
- Kesehatan, K. (2017). *Diaforesis*. Retrieved April 27, 2017, From [Http://Kamuskesihatan.Com/Arti/Diaforesis/](http://Kamuskesihatan.Com/Arti/Diaforesis/)
- Kesehatan, K. (2017). *Midriasis*. Retrieved April 27, 2017, From [Http://Kamuskesihatan.Com/Arti/Midriasis/](http://Kamuskesihatan.Com/Arti/Midriasis/)
- Khotimah, H. (2017). *5 Penyebab Tidak Nafsu Makan Dan Kelelahan*. Retrieved April 27, 2017, From [Http://Www.Teknikhidup.Com/Kesehatan/Penyebab-Tidak-Nafsu-Makan](http://Www.Teknikhidup.Com/Kesehatan/Penyebab-Tidak-Nafsu-Makan)
- Kowalak, J. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.

- Lopes, M. (2014). PENGARUH TERAPI MUSIK TERHADAP PERUBAHAN TANDA-TANDA VITAL PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR YANG MENGALAMI NYERI. *Jurnal Ilmu Kesehatan Vol.2 No. 2 Mei 2014* , 12-19.
- Lukman & Ningsih, N. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mediarti, D. (2015). Pengaruh Pemberian Kompres Dingin Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Ekstremitas Tertutup Di IGD RSMH Palembang Tahun 2012. *JURNAL KEDOKTERAN DAN KESEHATAN, VOLUME 2, NO. 3, OKTOBER 2015* , 253-260.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcome Classification*. Oxford: Licensing Department, Elsevier, 1600 JFK Blvd, Suite 1800, Philadelphia.
- Mufti, G. &. (2016). Gambaran Skala Visual Analog Dan Hemodinamik Pada Pasien Yang Diberikan Kombinasi Tramadol Dan Ketorolak Pasca Bedah Laparotomi. *Journal E-Clinic, Volume 4, Nomer 1* , 1-7.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2011). *Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal* . Jakarta: Salemba Medika.
- Nurdin, S. (2013). PENGARUH TEKNIK RELAKSASI TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR DI RUANG IRNINA A BLU RSUP PROF Dr. R.D KANDOU MANADO . *Ejournal Keperawatan (E-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013* , 1-5.
- Nursalam. (2008). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep Dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Permana, .. O. (2015). PENGARUH RANGE OF MOTION (ROM) TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI FRAKTUR EKSTREMITAS BAWAH. *JOM Vol 2 No 2, Oktober 2015* , 1327-1334.

- Pramono, W. (2013). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. J Dengan Post ORIF Fraktur Kruris 1/3 Dextra Di Ruang Mawar RSUD Sragen*. Surakarta: STIKES Kusuma Husada.
- (2017). *Profil RSUD Dr.Haryoto Lumajang*.
- Puspitasari, C. (2012). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR CRURIS (TIBIA FIBULA) 1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI SURAKARTA*. Surakarta: FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA.
- Saputra Dkk, I. (2013). *PROFIL PENGGUNAAN ANALGETIKA PADA PASIEN NYERI AKUT PASCA BEDAH DI RSUP SANGLAH BULAN SEPTEMBER TAHUN 2013*. Denpasar: Universitas Udayana.
- Saputro, W. (2016). *UPAYA PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI OPEN FRAKTUR CRURIS DI RSOP Dr. R. SOEHARSO SURAKARTA*. Surakarta: FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA.
- Satriya, Y. (2014). *Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Cruris Di RSUD Dr.Moewardi Surakarta*. Surakarta: Stikes Kusuma Husada.
- Sjamsuhidajat, R. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC.
- Sulung, N. &. (2017). Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Appendiktomi. *Jurnal Endurance* , 397-405.
- Sutrisno, M. (2010). *Asuhan Keperawatan Perioperatif Bedah Ortopedi*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Triono, P. (2015). APLIKASI PENGOLAHAN CITRA UNTUK MENDETEKSI FRAKTUR TULANG DENGAN METODE DETEKSI TEPI CANNY. *Jurnal Informatika Vol 9, No. 2 Juli 2015* , 1-2.
- Wijaya, I. P. (2014). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Intensitas Nyeri Pasien Pasca Bedah Abdomen Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di Rsud Badung Bali . *Jurnal Dunia Kesehatan, Vol 5 No 1* , 1-14.

Wikibuku. (2017). *Catatan Dokter Muda/Pemeriksaan Fisik*. Retrieved May 1, 2017, From https://id.wikibooks.org/wiki/Catatan_Dokter_Muda/Pemeriksaan_Fisik#Mata

Wiktionary. (2015). *Putus Asa*. Retrieved April 27, 2017, From https://id.wiktionary.org/wiki/Putus_Asa

Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Wulandari, H. &. (2017). Knowledge Level And Attitude Of Patients Fracture That Choose Traditional Treatment (Bone Setter) Before Treating To Polyclinic Orthopaedic And Traumatologic At Undata General Region Hospital Palu Period Of November-December 2016. *Jurnal Ilmiah Kedokteran, Vol. 4 No. 2* , 1-10.

Yudiyanta, D. (2015). Assessment Nyeri. *CDK-226/ Vol. 42 No. 3, Th. 2015* , 214-234.

Lampiran 3.1 Jadwal Penulisan

JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	FEB				MAR				APR				MEI				JUNI				JULI				AGU				SEP				OKT			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Judul				■	■																															
Penyusunan Proposal Laporan Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■																							
Sidang Proposal													■																							
Revisi													■																							
Pengumpulan Data													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Analisa Data																																				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Laporan Kasus																																				

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																															
	NOV				DES				JAN				FEB				MAR				APR				MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian																																
Konfirmasi Penelitian																																
Konfirmasi Judul																																
Penyusunan Proposal Laporan Kasus																																
Sidang Proposal																																
Revisi																																
Pengumpulan Data																																
Analisa Data																																
Konsul Penyusunan Data																																
Ujian Sidang																																
Revisi																																
Pengumpulan Laporan Kasus																																

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. S
Umur : 72
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Rowokangkung Krajan Barak RT003/RW1
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :


“Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018”


Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 08 - 02 - 2018

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(RIFA USATI)


(.....)

FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sdr. T
Umur : 15 th
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jogoyudan RSUD/Rw 05
Pekerjaan : Pelajar

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 13-02-2018


Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

(.....)

(.....)

Lampiran 4.1 Standar Operasional Prosedur

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang JL,Basuki Rahmat</p>	PROSEDUR NAFAS DALAM		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP		Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084	

Pengertian :Melatih pasien melakukan nafas dalam

Tujuan : 1.Meningkatkan kapasitas paru

2. Mencegah atelektasis

3. Mengurangi nyeri

Prosedur Pelaksanaan :

A. Tahap PraInteraksi

1. Mengecek program terapi

2. Mencuci tangan

B. Tahap Orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien

2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan


3. Menanyakan persetujuan / kesiapan pasien

C. Tahap Kerja

1. Menjaga privacy pasien

2. Mempersiapkan pasien

3. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
 4. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)
 5. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung)
 6. Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan
 7. Meminta menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup)
 8. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot
 9. Merapikan pasien
- D. Tahap Terminasi
1. Melakukan evaluasi tindakan
 2. Berpamitan dengan pasien
 3. Mencuci tangan
 4. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang JL,Basuki Rahmat</p>	PROSEDUR RAWAT LUKA		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP		Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084	

Pengertian

Proses perawatan terhadap luka guna mencegah terjadinya infeksi

Tujuan

Petunjuk kerja ini sebagai acuan untuk melakukan perawatan luka pada pasien, agar tidak terjadi infeksi yang disebabkan oleh luka tersebut

ALAT:

1. Gunting Jaringan dan Gunting Perban
2. Pinset chirugis (2) dan pinset anatomis (2)
3. Nearbeken (bengkok)

BAHAN:**Alat & Bahan**

1. Kasa steril
2. Duk bolong steril
3. Plester/perban
4. Cairan antiseptik (Betadine dan NaCl 0,9%)
5. Tulle
6. Sarung tangan steril
7. Masker

Standar Prosedur Operasional

1. Membaca instruksi dokter tentang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
2. Melakukan anamnesa kepada pasien :
 - 2.1 Apakah sudah makan/belum
 - 2.2 Adakah riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan
3. Menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan

**Standar
Operasional** **Prosedur**

4. Menyiapkan alat-alat dan obat yang akan dipergunakan
5. Siapkan posisi pasien sehingga mempermudah petugas melakukan tindakan perawatan luka
6. Petugas mencuci tangan sesuai prosedur
7. Pakai sarung tangan
8. Pasang duk steril pada daerah luka yang akan dibersihkan
9. Bersihkan luka dari kotoran dengan cairan antiseptik (NaCl 0,9% dan Betadine)
10. Jika luka sudah bersih olesi dengan betadine dan tulle
11. Tutup luka dengan menggunakan kasa steril dan diplester/menggunakan perban
12. Persilahkan pasien untuk bangun atau berdiri
13. Bersihkan alat-alat dengan cara semprot larutan klorin dan didiamkan selama \pm 10 menit lalu bilas dengan air bersih
14. Petugas melepas sarung tangan dan membuang ke tempat sampah infeksius
15. Cuci tangan petugas
16. Petugas memberikan resep yang telah dibuat oleh dokter
17. Pasien di observasi selama 10 menit, jika tidak terjadi apa-apa pasien dipersilahkan pulang
18. Lakukan pendokumentasian keperawatan dalam buku status dan buku register

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang JL,Basuki Rahmat</p>	PEMERIKSAAN NILAI DERAJAT KEKUATAN OTOT		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Oleh : Rifita Iga Wati 152303101084		

No	Prosedur	Skor		
		1	2	3
1	Meminta pasien berbaring, kemudian pemeriksa berdiri disamping kanan tempat tidur pasien. Suruhlah pasien mengangkat kedua lengan ke atas sampai melewati kepala. Nilailah kekuatan lengan dengan membandingkan kiri dan kanan. Kelemahan dapat dilihat bila lengan yang satu lebih berat atau lebih lambat bergerak dibandingkan lengan yang lainnya.			
2	Berikan tahanan ringan sampai berat pada lengan pasien dan nilailah besar kekuatan yang dimiliki oleh pasien.			
3	Hal yang sama dilakukan pada kedua tungkai			
4	Interpretasi : Kekuatan otot dinilai dalam derajat : 5 : Kekuatan normal Seluruh gerakan dapat dilakukan berulang-ulang tanpa terlihat adanya kelelahan			

	4 : Seluruh gerakan otot dapat dilakukan dengan benar dan dapat melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 3 : Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat 2 : Di dapatkan gerakan tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi) 1 : Kontraksi minimal dapat terasa atau teraba pada otot yang bersangkutan tanpa mengakibatkan gerakan 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali. Paralisis total.			
5	Lakukan cuci tangan rutin			

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Jl. Basuki Rahmat</p>	PEMERIKSAAN NILAI DERAJAT TONUS OTOT		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP		Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084	

No	Prosedur	Skor		
		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring dengan santai.			
2	Alihkanlah perhatian pasien dengan mengajaknya berbicara.			
3	Gunakan kedua tangan untuk menggerakkan lengan bawah pasien di sendi siku secara pasif, lakukan berulang kali			

	secara perlahan dan kemudian secara cepat			
4	Nilai tahanan yang dirasakan sewaktu menekukkan dan meluruskan tangan			
5	Lakukanlah pemeriksaan juga pada sendi lutut, pada anggota gerak kanan dan kiri,			


Cara pemeriksaan lain:

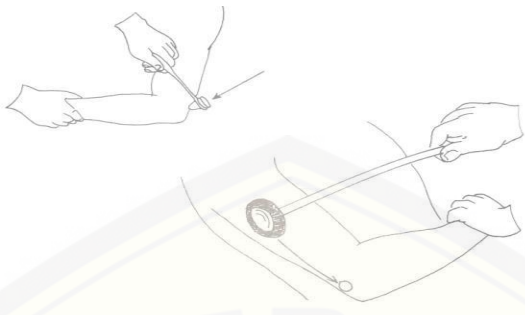

Lakukan fleksi dan ekstensi pada sendi siku, lutut, pergelangan tangan dan kaki.

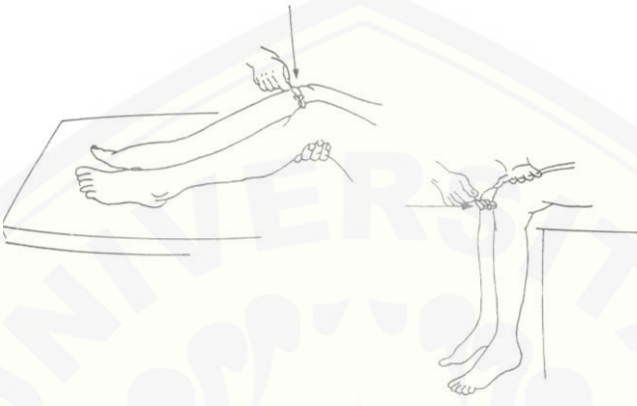


 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang JL,Basuki Rahmat</p>	PEMERIKSAAN REFLEKS FISIOLOGIS REFLEKS DALAM (REFLEKS REGANG OTOT)		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084		

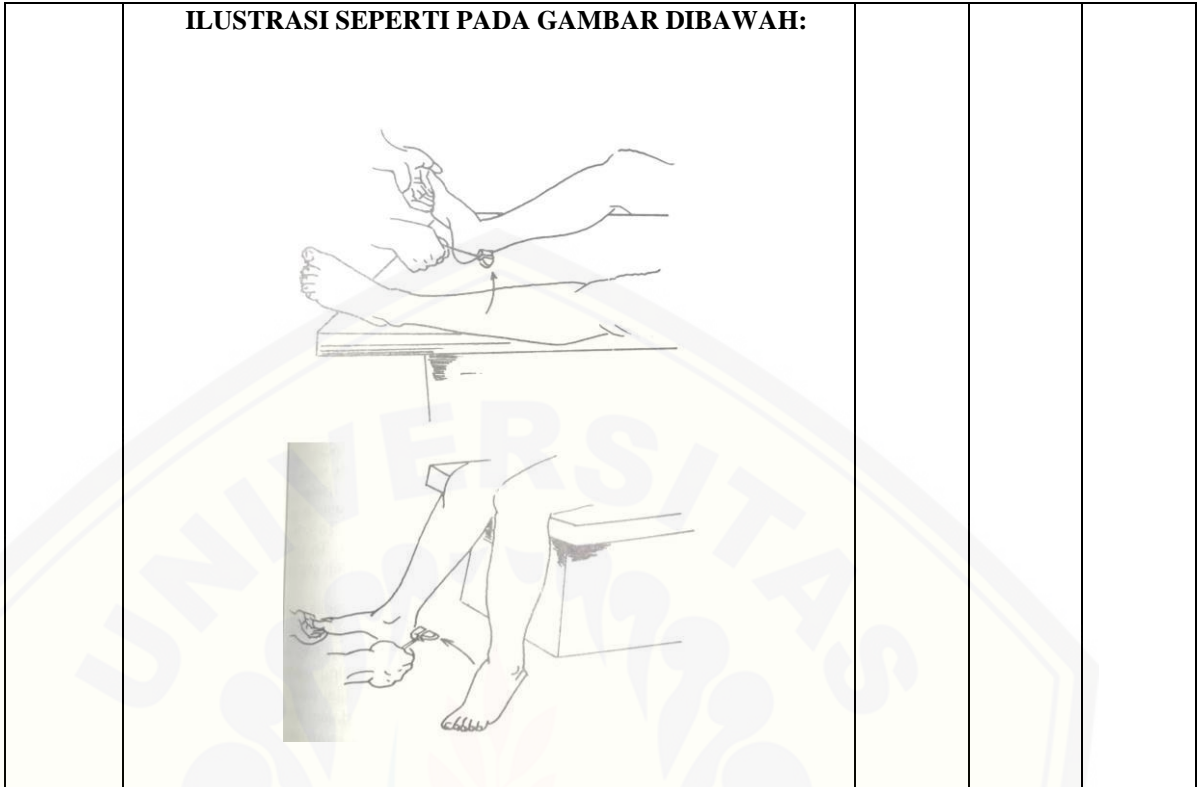
NO	LANGKAH/KEGIATAN	KASUS		
		1	2	3
A.PEMERIKSAANREFLEK BISEPS				
1	Mintalah pasienberbaring telentang dengan santai			
2	Fleksikanlah lengan bawah pasiendi sendi siku			
3	Letakkanlah tanganpasiendi daerah perut dibawah Umbilicus			
4	Letakkanlah ibu jari pemeriksa pada tendo biseps pasien Lalu ketuklah tendotersebut dengan palu			


ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:				
				
B.PEMERIKSAAN REFLEKS TRISEPS		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring dengan santai			
2	Fleksikan lengan bawah pasiendi sendi siku dan tangan sedikit dipronasikan			
3	Letakkanlah tangan pasiendi daerah perut di atas umbilikus			
4	Ketuklah tendo otot triseps pada fosa olekrani			

	<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p> 			
C.PEMERIKSAAN REFLEKS BRAKHIORADIALIS		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring dengan santai			
2	Posisikan lengan bawah pasien dalam posisi setengah fleksi dan tangan sedikit dipronasikan			
3	Mintalah pasien untuk merelaksasikan lengan bawahnya sepenuhnya			
4	Ketuklah pada processus styloideus			
	<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p> 			
D.PEMERIKSAAN REFLEKS PATELLA		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring telentang dengan santai			
2	Letakkan tangan pemeriksa dibelakang lutut			
3	Fleksikan tungkai pasien pada sendi lutut	1	2	3

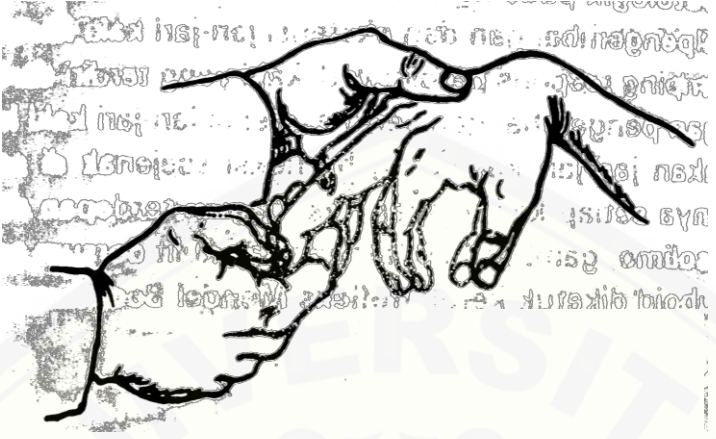
4	Ketuklah pada tendon muskulus kuadriseps femoris dibawah patella			
<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p> 				
E.PEMERIKSAAN REFLEKS ACHILLES		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring dengan santai			
2	Fleksikan tungkai bawah sedikit, kemudian pegang kaki pada ujungnya untuk memberikan sikap dorsofleksi ringan pada kaki			
3	Ketuklah pada tendo Achilles			
4	Lakukan cuci tangan rutin			



ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:



 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang JL,Basuki Rahmat</p>	PEMERIKSAAN REFLEKS PATOLOGIS		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP		Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084	


NO	LANGKAH/KEGIATAN	KASUS		
		1	2	3
A.PEMERIKSAANREFLEKS HOFFMANN				
1	Mintalah pasienberbaring telentang atau duduk dengan santai			
2	Tangan pasienkita pegang pada pergelangan dan jari-jarinya disuruh fleksi-entengkan			
3	Jari tengah penderit kita jepit diantara telunjuk dan jari tengah kita.			
4	Dengan ibu jari kita”goreskuat”ujung jari tengah pasien			

	<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p> 			
	<p>INTERPRETASI:</p> <p>Refleks positif (+), bila goresan kuat tadi mengakibatkan fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan aduksi ibu jari. Kadang disertai fleksi jari lainnya.</p>			
<p>B.PEMERIKSAAN REFLEKS TROMNER</p>		1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring telentang atau duduk dengan santai			
2	Tangan pasien kita pegang pada pergelangan dan jari-jarinya disuruh fleksi-entengkan			
3	Jari tengah penderita kita jepit diantara telunjuk dan jari tengah (ibu jari) kita.			
4	Dengan jari tengah kita mencolek-colek ujung jari pasien			

	<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p> 			
	<p>INTERPRETASI:</p> <p>Refleks positif (+), bila goresan kuat tadi mengakibatkan fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan aduksi ibu jari. Kadang disertai fleksi jari lainnya.</p>			
	<p>C.PEMERIKSAAN REFLEKS BABINSKI (EXTENSOR PLANTAR RESPONSE)</p>	1	2	3
1	Mintalah pasien berbaring dan istirahat dengan tungkai diluruskan.			
2	Kita (pemeriksa) memegang pergelangan kaki pasien supaya tetap pada tempatnya.			
3	Telapak kaki pasien digores dengan menggunakan ujung gagang palu refleks secara perlahan dan tidak menimbulkan rasa nyeri untuk menghindari refleks menarik kaki. Goresan dilakukan pada telapak kaki bagian lateral, mulai dari tumit menuju pangkal ibu jari.			
	<p>ILUSTRASI SEPERTI PADA GAMBAR DIBAWAH:</p>  <p>A. Cara menggores B. Ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan jari-jari kaki</p>			

INTERPRETASI:

Positif (+) jika didapatkan gerakan dorso fleksi ibu jari, yang dapat disertai mekarnya jari-jari lainnya.

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Jl. Basuki Rahmat</p>	ROM		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084		

A. Pengertian

Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. Latihan *range of motion* adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot.

B. Tujuan

Mempertahankan atau memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur.

C. Media dan alat

-

D. Prosedur

1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- c. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- d. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- e. Catat perubahan yang terjadi.

2. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- b. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
- c. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekati bahu.
- d. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- e. Catat perubahan yang terjadi.

3. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- b. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
- c. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- d. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
- e. Kembalikan ke posisi semula.
- f. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.

- g. Kembalikan ke posisi semula.
- h. Catat perubahan yang terjadi.

4. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- b. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
- c. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- d. Angkat lengan pasien pada posisi semula.
- e. Catat perubahan yang terjadi.

5. Abduksi dan Adduksi Bahu



- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- b. Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
- c. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- d. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
- e. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
- f. Kembalikan ke posisi semula.
- g. Catat perubahan yang terjadi.

6. Rotasi Bahu

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

- b. Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.
 - c. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain.
 - d. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
 - e. Kembalikan posisi lengan ke posisi semula.
 - f. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
 - g. Kembalikan lengan ke posisi semula.
 - h. Catat perubahan yang terjadi.
7. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
 - b. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tang lain memegang kaki.
 - c. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
 - d. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
 - e. Kembalikan ke posisi semula.
 - f. Catat perubahan yang terjadi.
8. Infersi dan efersi kaki

Cara :



- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
 - b. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
 - c. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
 - d. Kembalikan ke posisi semula
 - e. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
 - f. Kembalikan ke posisi semula.
 - g. Catat perubahan yang terjadi.
9. Fleksi dan ekstensi pergelangan Kaki :



- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
 - b. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
 - d. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
 - e. Kembalikan ke posisi semula.
 - f. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
 - g. Catat perubahan yang terjadi.
10. Fleksi dan Ekstensi lutut

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- b. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.

- c. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
- d. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
- e. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
- f. Kembali ke posisi semula.
- g. Catat perubahan yang terjadi.

11. Rotasi pangkal paha


Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- b. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
- c. Putar kaki menjauhi perawat.
- d. Putar kaki ke arah perawat.
- e. Kembalikan ke posisi semula.
- f. Catat perubahan yang terjadi.

12. Abduksi dan Adduksi pangkal paha

Cara :

- a. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
- b. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- c. Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.
- d. Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
- e. Kembalikan ke posisi semula.
- f. Catat perubahan yang terjadi.

 <p>D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang Jl. Basuki Rahmat</p>	PROSEDUR GENGAM JARI		
	No. Dokumen	No. Revisi R.00	Halaman 1/1
SOP	Oleh : Rifta Iga Wati 152303101084		

Pengertian Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dapat mengurangi rasa nyeri

Tujuan

1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
5. Melancarkan aliran dalam darah

Kebijakan Bahwa semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari

Prosedur Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu ≥ 10 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali.

Teknik relaksasi genggam jari dapat di lakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi

Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari

- a. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
- b. Siapkan lingkungan yang tenang
- c. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
- d. Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasiendan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan
- e. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
- f. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnyayang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisibersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semuaotot, sambil menutup mata
- h. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakantangan mana saja
- i. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut
- j. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur
- k. Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, danberpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan
- l. Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahansambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran danbayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- m. Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembal iteknik relaksasi genggam jari
- n. Dokumentasi respon pasien

DAFTAR PUSTAKA

Bahar, A. &. (2015). *Pemeriksaan sistem motorik dan refleks fisiologis patologis primitif*. Makasar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin.

Hilmi. (2015). *SOP Perawatan Luka*. SAMPANG: PUSKESMAS BUNTEN BARAT.

Pranata, B. (2016). *Pemberian Latihan ROM Aktif dan Pasif Terhadap Kepuasan Pasien* . SURAKARTA: STIKES KUSUMA HUSADA.

Putranto, T. (2015). *SPO Pemberian Terapi Teknik Genggam Jari* . RSPAD Gatot Soebroto.

Lampiran 4.2 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN
FRAKTUR KRURIS DAN TEKNIK GENGAM JARI
RUANG KENANGA RSUD Dr. HARYOTO LUMAJANG



Disusun Oleh:

Rifta Iga Wati

(152303101084)

D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

KAMPUS LUMAJANG

Jalan Brigjen Katamso (0334) 882262

2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Materi Penyuluhan	: Fraktur Kruris
Pokok Bahasan	: Fraktur Kruris
Sasaran	: Pasien dan Keluarga Pasien
Hari/Tanggal	:
Waktu	:
Tempat	: Ruang Kenanga RSUD Dr. Haryoto Lumajang

A. ANALISA SITUASI

1. Sasaran/Peserta Penyuluhan
 - 1) Pasien dan keluarga pasien di Ruang Kenanga
 - 2) Jumlah peserta di sekitar \pm 5 orang
 - 3) Peserta yang bersedia mengikuti penyuluhan
2. Penyuluh
 - 1) Mampu berkomunikasi dengan baik
 - 2) Mempunyai kemampuan ilmu tentang fraktur kruris dan teknik relaksasi
 - 3) Mampu membuat peserta penyuluh paham tentang fraktur kruris dan teknik relaksasi
3. Ruangan
 - 1) Di Ruang Kenanga RSUD Dr. Haryoto Lumajang
 - 2) Ruangan cukup luas, dapat menampung orang
 - 3) Penerangan, ventilasi, dan fasilitator cukup baik yang disertai suasana kondusif untuk terlaksananya kegiatan penyuluhan

B. TUJUAN INSTRUKTUSIONAL

1. Tujuan Instruktusional Umum

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Fraktur Kruris dan Teknik Genggam Jari”, diharapkan peserta penyuluhan mampu memahami tentang fraktur kruris dan teknik genggam jari.
2. Tujuan Instruktusional Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan tentang “Fraktur Kruris dan Teknik Genggam Jari”, diharapkan peserta penyuluhan mampu untuk:

- 1) Menjelaskan pengertian Fraktur Kruris
- 2) Memahami penyebab Fraktur Kruris
- 3) Menyebutkan tanda dan gejala Fraktur Kruris
- 4) Memahami penatalaksanaan Fraktur Kruris
- 5) Memahami cara perawatan Fraktur Kruris di rumah
- 6) Memahami teknik genggam jari

C. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian Fraktur Kruris
2. Etiologi Fraktur Kruris
3. Tanda dan Gejala Fraktur Kruris
4. Komplikasi Fraktur Kruris
5. Perawatan Fraktur Kruris di rumah

D. METODE

1. Ceramah
2. Diskusi

E. PENYULUH

Rifta Iga Wati

F. KEGIATAN PENYULUHAN

Tahap Kegiatan	Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Apersepsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menggali pengetahuan awal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyambut salam dan mendengarkan 2. Mendengar-kan dan menjawab 	3 menit

	<p>3. Relevansi</p> <p>4. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</p> <p>5. Melakukan kontrak waktu</p>	<p>peserta</p> <p>3. Membandingkan pendapat peserta dengan kenyataan dan manfaat penyuluhan</p> <p>4. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan</p> <p>5. Melakukan kontrak waktu dengan peserta</p>	<p>3. Mendengar-kan dan memperhatikan</p> <p>4. Mendengar-kan dan memahami tujuan;</p> <p>5. Mendengar-kan dan menyepakati kontrak waktu</p>	
Penyajian	<p>1. Pengertian Fraktur Kruris</p> <p>2. Penyebab Fraktur Kruris</p> <p>3. Tanda dan gejala Fraktur Kruris</p>	<p>1. Menjelaskan pengertian Fraktur Kruris; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>2. Menjelaskan penyebab Fraktur Kruris; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala Fraktur Kruris; Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>4. Menjelaskan komplikasi Fraktur</p>	<p>1. Mendengar-kan dan memperhatikan materi yang disampaikan; Mengajukan pertanyaan</p> <p>2. Mendengar-kan dan memperhatikan penyebab Fraktur Kruris; Mengajukan pertanyaan</p> <p>3. Mendengar-kan dan memperhatikan tanda dan gejala Fraktur Kruris; Mengajukan pertanyaan</p> <p>4. Mendengar-kan dan memperhatikan</p>	10 menit

	<p>4. Komplikasi Fraktur Kruris</p> <p>5. Perawatan di Rumah</p>	<p>Kruris</p> <p>Memberi kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>5. Menjelaskan perawatan di rumah, mengajarkan teknik genggam jari</p>	<p>kan Komplikasi Fraktur Kruris; Mengajukan pertanyaan</p> <p>5. Mendengarkan dan memperhatikan perawatan di rumah</p>	
Penutup	<p>1. Meninjau kembali</p> <p>2. Evaluasi</p> <p>3. Tindak lanjut</p> <p>4. Kesimpulan</p> <p>5. Salam penutup</p>	<p>1. Meninjau kembali pemahaman peserta</p> <p>2. Mengevaluasi pengetahuan peserta dengan menanyakan materi yang sudah dijelaskan</p> <p>3. Memberikan tindak lanjut</p> <p>4. Menarik kesimpulan dan memberi leaflet</p> <p>5. Mengucapkan salam penutup penyuluhan</p>	<p>1. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh</p> <p>2. Menjawab pertanyaan yang diajukan penyuluh</p> <p>3. Menyimak tindak lanjut; Menerima leaflet</p> <p>4. Mendengar-kan kesimpulan dan menerima leaflet</p> <p>5. Menyambut salam</p>	7 menit

G. EVALUASI

1. Apakah pengertian Fraktur Kruris?
2. Apakah penyebab Fraktur Kruris?

3. Bagaimanakah tanda dan gejala Fraktur Kruris?
4. Bagaimanakah komplikasi Fraktur Kruris?
5. Bagaimanakah perawatan di rumah?

H. MATERI

1. Definisi

Fraktur Kruris adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula disertai kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah) sehingga memungkinkan terjadinya hubungan antara fragmen tulang yang patah dengan udara yang luar yang disebabkan oleh cedera dari trauma langsung yang mengenai kaki. (Muttaqin, 2011)

2. Penyebab terjadinya fraktur, yaitu sebagai berikut menurut Reksoprodjo, 2010 dalam (Puspitasari, 2012) :

- a. Trauma langsung berhubungan dengan terjadinya benturan pada tulang secara langsung dan mengakibatkan terjadinya fraktur di tempat itu. Trauma tidak langsung terjadi di titik tumpu benturan dengan terjadinya fraktur yang berjauhan.
- b. Fraktur patalogis disebabkan karena proses penyakit seperti osteoporosis, kanker tulang.
- c. Spontan : terjadi tarikan otot yang sangat kuat seperti olah raga.

3. Tanda dan Gejala

a. Pembengkakan

Pembengkakan pada ekstremitas merupakan suatu tanda adanya bekas trauma yang terjadi pada pasien. Pembengkakan dapat terjadi pada jaringan lunak, sendi, atau tulang. Pembengkakan juga dapat disebabkan oleh infeksi, tumor jinak, atau ganas.

b. Kelemahan otot

Kelemahan otot biasanya dapat bersifat umum misalnya pada penyakit distrofi muscular atau bersifat local karena gangguan neurologis pada otot.

c. Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang paling sering ditemukan pada gangguan musculoskeletal. Kebanyakan pasien dengan penyakit atau kondisi traumatic, baik yang terjadi pada otot, tulang, dan sendi biasanya mengalami nyeri.

d. Gangguan sensibilitas

Gangguan sensibilitas terjadi apabila melibatkan kerusakan pada *upper/lower* motor neuron, baik bersifat local maupun menyeluruh. Gangguan sensibilitas dapat pula terjadi apabila terdapat trauma atau penekanan pada saraf.

e. Hilangnya fungsi

Gangguan atau hilangnya fungsi pada sendi dan anggota gerak dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti gangguan fungsi karena nyeri yang terjadi setelah trauma, adanya kekakuan sendi atau kelemahan otot (Noor, 2016)

f. Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul dari fraktur kruris adalah infeksi, *delayed union*, dan *non-union*, kerusakan pembuluh darah (sindrom kompartemen anterior), trauma saraf terutama pada nervus peroneal komunis, dan gangguan pergerakan sendi pergelangan kaki (Muttaqin, 2008). Beberapa resiko komplikasi yang dapat terjadi pada pasien pasca operasi fraktur adalah syok hipovolemi, atelektasis, pneumonia, retensi urine, infeksi, dan thrombosis vena profunda (Lukman & Ningsih, 2012)

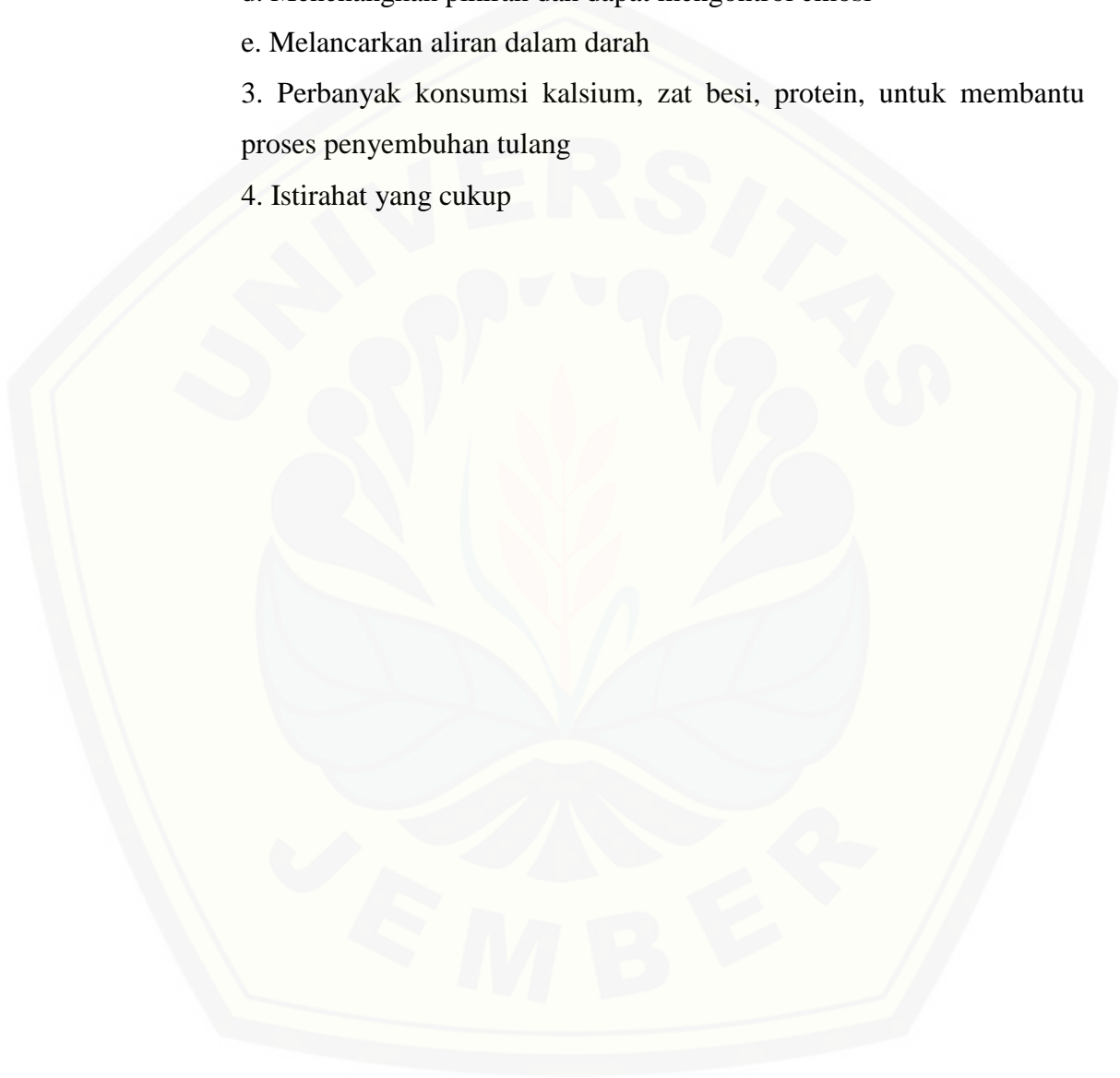
g. Perawatan di rumah

1. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Melakukan teknik genggam jari bisa dikombinasi dengan kompres dingin.

Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dapat mengurangi rasa nyeri

Manfaat :

- a. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
 - b. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
 - c. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
 - d. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
 - e. Melancarkan aliran dalam darah
3. Perbanyak konsumsi kalsium, zat besi, protein, untuk membantu proses penyembuhan tulang
 4. Istirahat yang cukup



DAFTAR PUSTAKA

Lukman & Ningsih, N. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.

Muttaqin, A. (2008). *Asuhan keperawatan pasien gangguan sistem muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

Muttaqin, A. (2011). *Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.

Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal* . Jakarta: Salemba Medika.

Puspitasari, C. (2012). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Y DENGAN CLOSE FRAKTUR CRURIS (TIBIA FIBULA) 1/3 DISTAL DEXTRA DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MOEWARDI SURAKARTA*. Surakarta: FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA.

Putranto, T. (2015). *SPO Pemberian Terapi Teknik Genggam Jari* . RSPAD Gatot Soebroto.

Fraktur Kruris



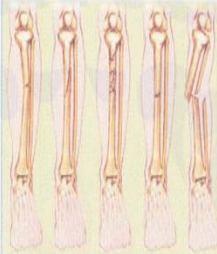
Disusun Oleh :

Rifta Iga Wati

D3 Keperawatan UNEJ
Kampus Lumajang

PENGERTIAN

Fraktur Kruris adalah terputusnya hubungan tulang tibia dan fibula disertai kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf, pembuluh darah).



ETIOLOGI

- Trauma langsung
- Fraktur patalogis disebabkan karena proses penyakit seperti osteoporosis, kanker tulang.

- Spontan : terjadi tarikan otot yang sangat kuat seperti olah raga.

TANDA DAN GEJALA

- Pembengkakan
- Kelemahan otot
- Nyeri
- Gangguan sensibilitas
- Hilangnya fungsi



KOMPLIKASI

Infeksi, *delayed union*, dan *non-union*, kerusakan pembuluh darah (sindrom kompartemen anterior), dan gangguan pergerakan sendi pergelangan kaki

PERAWATAN DI RUMAH

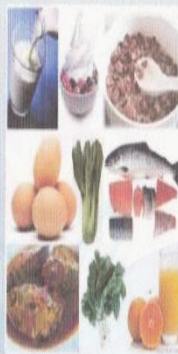
a. Melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri



b. Melakukan teknik genggam jari yang bisa dikombinasi dengan kompres dingin



d. Perbanyak konsumsi kalsium, zat besi, protein, untuk membantu proses penyembuhan tulang



d. Istirahat yang cukup

e. Latihan ROM



TERIMA KASIH

PENYULUHAN KESEHATAN
TEKNIK GENGAM JARI



Oleh :
Rifta Iga Wati

D3 Keperawatan UNEJ
Kampus Lumajang

**Teknik Gengam
Jari???**

Teknik gengam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dapat mengurangi rasa nyeri

Manfaat

1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas
2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
5. Melancarkan aliran dalam darah

**Bagaimana langkah-
langkah????**

Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi gengam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali.

- a. Cuci tangan dan atur posisi yang nyaman atau posisi bersandar dan bersikap tenang
- b. Tarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata
- c. Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja
- d. Menarik nafas dengan lembut

e. Hembuskan nafas secara perlahan dan teratur

f. Mengajukan tarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan

g. Hembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran

h. Bisa dikombinasi atau dicampur dengan kompres dingin di tempat yang tidak terdapat luka.




TERIMAKASIH

Putranto, T. (2015). *SPO Pemberian Terapi Teknik Genggam Jari*. RSPAD Gatot Soebroto

Lampiran 4.3 Perencanaan pulang

DISCHARGE PLANNING PASIEN

DISCHARGE PLANNING	NO. REG
Tanggal MRS: Bagian:	Tanggal KRS: Bagian:
Dipulangkan dari rumah sakit dengan keadaan: <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan <input type="checkbox"/> Pindah ke RS lain <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Lari <input type="checkbox"/> Meninggal	
A. Kontrol	:
Waktu:	:
Tempat:	:
B. Lanjutan Perawatan di rumah	: Melatih teknik genggam jari jika terdapat nyeri
	
C. Aturan diet/nutrisi	Diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein) Bahan makanan yang dianjurkan 1. Karbohidrat Nasi, mie, roti, macaroni, dan hasil olahannya tepung-tepungan serta gula pasir. 2. Protein Nabati

	<p>Kacang-kacangan dan hasil olahannya tahu tempe, oncom dll</p> <p>3. Protein Hewani Daging sapi, ayam, ikan, telur, susu dan hasil olahan susu</p> <p>4. Sayuran Semua jenis sayuran</p> <p>5. Buah-buahan Semua jenis buah</p> <p>6. Lemak dan minyak Minyak goreng, margarine, mentega, santan encer.</p> <p>Makanan Yang harus dihindari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan minyak yang berlebihan dan santan kental 2. Makanan dan minuman yang berenergi rendah 3. Bumbu-bumbu yang merangsang tajam seperti cabe dan merica <p>Catatan: untuk usia tua bentuk makanan seperti daging bisa dicincang.</p>
D. Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya:	
E. Aktivitas dan istirahat	Tidur yang cukup
F. Yang dibawa pulang (Hasil Lab, Rontgen, CT-Scan, Foto, EKG, dll)	:
G. ADL untuk di rumah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahat yang cukup 2. Perawatan diri (makan, mandi, berpakaian) 3. Jaga asupan makanan
H. Lain-lain	
	Lumajang,

Perawat

Lampiran 4.4 Batasan karakteristik

Batasan karakteristik	Pasien 1	Pasien 2
a. Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya (missal : Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate)	√	√
b. Diaforesis	-	-
c. Dilatasi pupil	-	-
d. Ekspresi wajah nyeri (missal : mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)	√	√
e. Fokus menyempit (missal : persepsi waktu, proses berpikir, interaksi dengan orang dan lingkungan)	-	-
f. Fokus pada diri sendiri	√	√
g. Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri (missal : skala Wong-Baker FACES, skala analog visual, skala penilaian numerik)	√	√
h. Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri (missal : McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory)	√	√
i. Laporan tentang perilaku nyeri atau perubahan aktivitas (missal : anggota keluarga, pemberi asuhan)	√	√
j. Mengekspresikan perilaku (missal : gelisah, merengek, menangis, waspada)	-	-
k. Perilaku distraksi	-	-
l. Perubahan pada parameter fisiologis (missal tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernafasan, saturasi oksigen, dan end-tidal karbondioksida [CO ₂])	√	√
m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	-	-
n. Perubahan selera makan	√	√
o. Putus asa	-	-
p. Sikap melindungi area nyeri	√	√
q. Sikap tubuh melindungi	√	√

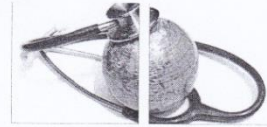
Lampiran 4.5 Analisa data lain

	Pasien 1	Pasien 2								
Data	<p>Ds: Pasien mengatakan kaki kirinya sulit digerakkan</p> <p>Do : Rentang gerak kaki kiri terbatas. Kesulitan menggerakkan kaki kirinya. Terdapat edema kaki kiri Terdapat nyeri tekan Kekuatan otot.</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table>	5	5	5	4	<p>Ds: Pasien mengatakan kaki kanannya jika digerakkan terasa nyeri dan sulit digerakkan</p> <p>Do: Rentang gerak kaki kanan terbatas. Kesulitan menggerakkan kaki kanannya. Terdapat edema di kaki kanan Terdapat nyeri tekan Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> </table>	5	5	4	5
	5	5								
5	4									
5	5									
4	5									
	<p>Ds: Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kirinya</p> <p>Do: Terdapat luka pos operasi esktremitas kiri ± 12-15 cm, diameter ± 1 cm, tidak ada pus</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan terdapat luka operasi di kaki kananya</p> <p>Do: Terdapat luka pos operasi ekstremitas kanan ± 15-17 cm, diameter ± 1 cm, tidak ada pus</p>								
Etiologi	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan muskuloskeletal								
	Tindakan invasif	Tindakan invasif								
Problem	Hambatan mobilitas fisik	Hambatan mobilitas fisik								
	Kerusakan integritas kulit	Kerusakan integritas kulit								

Lampiran 4.6 Diagnosa keperawatan lain

Pasien	Prioritas diagnosa keperawatan				
Pasien 1	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal yang ditandai:</p> <p>Ds: Pasien mengatakan kaki kirinya sulit digerakkan</p> <p>Do : Rentang gerak kaki kiri terbatas. Kesulitan menggerakkan kaki kirinya. Terdapat edema kaki kiri Terdapat nyeri tekan Kekuatan otot.</p> <table border="1" data-bbox="847 817 954 913"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table>	5	5	5	4
	5	5			
5	4				
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tindakan invasif yang ditandai:</p> <p>Ds: Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki kirinya</p> <p>Do: Terdapat luka pos operasi ekstremitas kiri ± 12-15 cm, diameter ± 1 cm, tidak ada pus</p>					
Pasien 2	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal yang ditandai:</p> <p>Ds: Pasien mengatakan kaki kanannya jika digerakkan terasa nyeri dan sulit digerakkan</p> <p>Do: Rentang gerak kaki kanan terbatas. Kesulitan menggerakkan kaki kanannya. Terdapat edema di kaki kanan Terdapat nyeri tekan Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="847 1601 954 1697"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	4	5
	5	5			
4	5				
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tindakan invasif yang ditandai:</p> <p>Ds: Pasien mengatakan terdapat luka operasi di kaki kananya</p> <p>Do: Terdapat luka pos operasi ekstremitas kanan ± 15-17 cm, diameter ± 1 cm, tidak ada pus</p>					

TEKNIK



Lampiran 9.

COMFORT Scale

- Indikasi: untuk menilai derajat sedasi yang diberikan pada pasien anak dan dewasa yang dirawat di ruang intensif/ kamar operasi/ rawat inap yang tidak dapat dinilai menggunakan *Visual Analog Scale* atau *Wong Baker Faces Pain Scale*.
- Pemberian sedasi bertujuan untuk mengurangi agitasi, menghilangkan kecemasan dan menyelaraskan napas dengan ventilator mekanik. Tujuan dari penggunaan skala ini adalah untuk pengenalan dini dari pemberian sedasi yang terlalu dalam ataupun tidak adekuat.
- Instruksi: terdapat 9 kategori dengan setiap kategori memiliki skor 1-5 dengan skor total 9-45.

Kategori	Skor
Kewaspadaan	1- Tidur pulas / nyenyak 2- Tidur kurang nyenyak 3- Gelisah 4- Sadar sepenuhnya dan waspada 5- Sangat waspada
Keterangian	1- Tenang 2- Agak cemas 3- Cemas 4- Sangat cemas 5- Panik
Distres pernapasan	1- Tidak ada respirasi dan tidak ada batuk 2- Respirasi spontan dengan sedikit / tidak ada respons terhadap ventilasi 3- Kadang batuk atau terdapat tahanan terhadap ventilasi 4- Sering batuk, terdapat tahanan/ perlawanan terhadap ventilator 5- Melawan secara aktif terhadap ventilator, batuk terus menerus/ tersedek
Menangis	1- Bernapas tenang, tidak menangis 2- Tersak-isak 3- Meraung 4- Menangis 5- Berteolak
Gerakan	1- Tidak ada gerakan 2- Kadang bergerak perlahan 3- Sering bergerak perlahan 4- Gerakan aktif gelisah 5- Gerakan aktif termasuk badan dan kepala
Tonus otot	1- Otot relaks sepenuhnya, tidak ada tonus otot 2- Penurunan tonus 3- Tonus otot normal 4- Peningkatan tonus otot dan fleksi jari tangan dan kaki 5- Kekakuan otot ekstrem dan fleksi jari tangan dan kaki
Tegangan wajah	1- Otot wajah sepenuhnya 2- Tonus otot wajah normal, tidak terlihat tegangan otot wajah yang nyata 3- Tegangan beberapa otot wajah terlihat nyata 4- Tegangan hampir diseluruh otot wajah 5- Seluruh otot wajah tegang, meringis
Tekanan darah basal	1- Di bawah normal 2- Di atas normal konsisten 3- Peningkatan sesekali $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 4- Sering meningkat $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 5- Peningkatan terus-menerus $\geq 15\%$
Denyut jantung basal	1- Di bawah normal 2- Di atas normal konsisten 3- Peningkatan sesekali $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 4- Sering meningkat $\geq 15\%$ di atas batas normal (1-3x observasi selama 2 menit) 5- Peningkatan terus-menerus $\geq 15\%$

^{*)} Tim Nyeri RSS, 2012

Interpretasi:

- Nilai 8 – 16 : mengindikasikan pemberian sedasi yang terlalu dalam
 Nilai 17 – 26 : mengindikasikan pemberian sedasi yang sudah optimal
 Nilai 27 – 45 : mengindikasikan pemberian sedasi yang tidak adekuat



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id

LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/1020/427.75/2017

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat Direktur Akademi Keperawatan Lumajang, Nomor : 422/607/427.55.28/2017, Tanggal 26 Juli 2017, perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama RIFTA IGA WATI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : RIFTA IGA WATI
2. Alamat : Desa Ranupakis 002/009 Klakah, Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Akademi Keperawatan Lumajang / 15.088
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan :

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2017
2. Tujuan : Pengambilan Data/Penelitian
3. Bidang Penelitian : Keperawatan
4. Penanggung jawab: Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 1 Agustus s/d 31 Desember 2017
7. Lokasi Penelitian : RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Tembusan Yth :

1. Bpk. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Kapolres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Direktur AKPER Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lumajang, 1 Agustus 2017
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Lumajang
Kepala Bidang Hubungan Antar Lembaga





PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG – 67311

Lumajang, 07 Agustus 2017

Nomor : 445/1013/427.77/2017
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Data

Kepada
Yth. Ka. Ruang Kenanga
RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
di
LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 26 Juli 2017 Nomor : 422/607/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 01 Agustus 2017 Nomor : 072/1020/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : Rifta Iga Wati


NIM : 15.088

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Fraktur Kruris dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Kenanga RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.





Ka. Sub. Bagian Diklat dan Penelitian
















NS. RUDIAH ANGGRAENI
Penata Tk. I
NIP. 19671209 199203 2 004

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA MAHASISWA : RIFSA IGA WATI
 N I M : 152303101064
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH : Asuhan Keperawatan pada pasien post operasi fraktur Coruris
 dengan Masalah Keperawatan nyeri Akut di Ruang Rawat Inap dr. Hanyoko Lumajang 2018
 TAHAP PENULISAN PROPOSAL

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	22-1-2018	konsul BAB 1,2,3	Pengkajian & Pembahasan Bab 1,2,3 diperbaiki		
2.	21-01-2018	konsul BAB 1,2,3	Pengkajian & Pembahasan Bab 1,2,3		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
3	29-1-2018	Bab 1, 2, 3	Bab 1: Intervensi secara umum Bab 2: Intervensi Uhat di NIC, batasan Karafistik Bab 3: Intervensi evaluasi Bab 3: Perencanaan	 RIPTA IGA WATI	
4	30-1-2018	Pengambilan data pasien	Konsul pengambilan data pasien	 RIPTA IGA WATI	
5	1-2-2018	Pengambilan data pasien	Konsul mengenai masalah kep. + intervensi	 RIPTA IGA WATI	
6	9-2-2018	Pengambilan data pasien	Konsul mengenai intervensi + SOP Leaflek	 RIPTA IGA WATI	
7	6-2-2018	Pengambilan data pasien	Konsul SOP Leaflek di rumah	 RIPTA IGA WATI	
8	7-2-2018	Pengambilan data pasien	Menaubalkan Leaflek	 RIPTA IGA WATI	
9	22-2-2018	Konsul BAB 4	Pengkajian dan Pembahasan	 RIPTA IGA WATI	

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
10.	8-03-2018	Konsul BAB 4	-keluhan utama tentang konsep/ teori dan identifikasi	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
11.	9-03-2018	Konsul BAB 4	- Tambahkan skala nyeri pada keluhan utama	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
12.	16-03-2018	Konsul BAB 4	- Menambahkan teori pada sistem muskuloskeletal	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
13.	20-03-2018	Konsul BAB 4	- Menambahkan teori pada riwayat penyakit	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
14.	26-03-2018	Konsul BAB 4	- Lanjutkan ke Analisa data dan pembahasan	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
15.	2-04-2018	Konsul BAB 4	- Menambahkan teori perjalanan nyeri pasca operasi	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>
16.	3-04-2018	Konsul BAB 4	- Analisa data mencari teori tentang perbedaan tanda vital pada nyeri	<i>Ruzi</i>	<i>A</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
17	6-4-2018	Konsul BAB 4	-Melanjutkan intervensi, implementasi, dan evaluasi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
18	11-4-2018	Ujian 1	Acc ul <	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
19	15-4-2018	Konsul bab 1-5	acc ul 1-5	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
20	16-4-2018	Konsul cover-lampiran	Skripsi staj	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

21	21-5-2018	Kontribusi / peran dosen sebagai pembimbing (kegiatan pengajaran)	Publikasi seminar dalam coran Acc	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
22	23-5-2018	Konsul revisi pasca sidang (anggota pengajar 1)	Penulisan sistem laporan tugas akhir cover sampai BAB 4, teori di BAB 2 dan BAB 4	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
23.	24-5-2018	Konsul pasca sidang (Ketua penguji 1)	Revisi ket. pusea sidang ACE		
24.	24-5-2018	Konsul pasca sidang (anggota penguji 1)	BAB 5 sesuai dengan BAB 4 pajlar Pustaka digantikan buku PPA		
25.	28-5-2018	Konsul pasca sidang (anggota penguji 1)	Revisi BAB 5		
26.	30-5-2018	Konsul pasca sidang (anggota penguji 1)	Ace		

D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER
KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjen Katamso Telepon (0334)882622 Lumajang 67311

DAFTAR HADIR UTEK KOMPREHENSIF
TAHUN AKADEMIK 2017/2018

PASIEN I

Hari/ Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
Kamis, 8 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Jumat, 9 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Sabtu, 10 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Minggu, 11 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>

PASIEN II

Hari/ Tanggal	Mahasiswa	Paraf	Penguji	Paraf
Selasa, 13 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Rabu, 14 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Kamis, 15 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>
Jumat, 16 Februari 2018	Rifta Iga Wati	<i>Rifta</i>	Arista Maisyaroh, S.Kep., Ns., M.Kep NIP. 19820528 201101 2 013	<i>A</i>